
UNIVERSITÉ
DE LORRAINE

UNIVERSITE HENRI POINCARRE - NANCY I

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Année 2009

N° 114

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

le 20 Octobre 2009

par

Philippe AÏM

Hypnose et arrêt du tabagisme.

Aspects théoriques. Résultats d'une étude pilote. Elaboration d'un protocole d'étude.

Jury

Président :	Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN
Assesseurs :	Monsieur le Professeur Yves MARTINET
	Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
	Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN
	Monsieur le Docteur Jean-Marc BENHAIEM

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

UNIVERSITE HENRI POINCARRE - NANCY I

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Année 2009

N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

le 20 Octobre 2009

par

Philippe AÏM

Hypnose et arrêt du tabagisme.

Aspects théoriques. Résultats d'une étude pilote. Elaboration d'un protocole d'étude.

Jury

Président :	Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN
Assesseurs :	Monsieur le Professeur Yves MARTINET
	Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
	Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN
	Monsieur le Docteur Jean-Marc BENHAIEM

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1er Cycle :	**M. Christophe NEMOS**
du 2ème Cycle :	**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
Filières professionnalisées :	**M. le Professeur Christophe CHOSEROT**
Prospective :	**M. le Professeur Laurent BRESLER**
FMC/EPP :	**M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT
2ème sous-section : *(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Docteur Nicole LEMAU de TALANCE
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteur François SCHOONEMAN
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre président de Jury, Monsieur le Professeur Jean-Pierre Kahn.

Vous avez accepté de présider ce jury de thèse et nous vous en remercions.

Vous avez été responsable de l'enseignement théorique et clinique qui nous a été prodigué pendant notre internat et avez suivi notre parcours.

Nous avons eu l'honneur d'être président des internes, et de travailler à cette époque avec vous pour le bon fonctionnement et l'amélioration des conditions de l'internat de psychiatrie en Lorraine.

Vous nous avez reçu dans votre service et accordé votre confiance. Nous avons appris beaucoup à vos côtés et serons heureux de pouvoir de nouveau travailler dans votre équipe et apprendre aux autres.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Professeur Raymund Schwan.

Vous avez accepté de diriger ce travail de thèse, et nous vous en sommes très reconnaissants.

Vous avez su nous orienter pour ouvrir les bonnes portes, nous soutenir et nous guider aux moments importants, avec patience et indulgence, tout en nous laissant une grande liberté.

Votre enseignement nous a ouvert des perspectives et enrichi notre réflexion.

Votre savoir scientifique, associé à votre ouverture d'esprit, nous a laissé entrevoir la possibilité d'un exercice de la psychiatrie, à la fois théoriquement solide et toujours humain.

Nous serons enchantés de travailler et collaborer de nouveau avec vous.

A notre juge, Monsieur le Professeur Daniel Sibertin-Blanc.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail, veuillez recevoir toute notre gratitude.

Vous nous avez accueilli dans votre service lors de deux semestres d'internat qui ont une importance particulière dans notre parcours.

Votre expérience, votre écoute, votre finesse clinique et votre tolérance, nous ont permis de nous enrichir et d'approfondir nos réflexions sur la relation thérapeutique et la psychothérapie.

Avoir travaillé à vos côtés marquera de façon certaine notre futur exercice. Nous espérons pouvoir encore collaborer avec vous et profiter de vos enseignements.

Nous n'oublierons pas que les premiers patients auprès de qui nous avons pu nous essayer à introduire l'hypnose dans notre pratique consultaient au C.M.P de la rue Voltaire…

A notre juge, Monsieur le Professeur Yves Martinet.

Vous êtes un important spécialiste de la pneumologie et du tabagisme, et vos travaux font référence.

Ceux que nous avons lus, notamment concernant la politique de réduction des risques liés au tabagisme, nous ont particulièrement intéressés.

Vous aidez au quotidien, dans votre service, de nombreux patients à arrêter de fumer.

Merci d'être le juge de ce travail qui, nous l'espérons, vous apportera de l'intérêt.

A notre juge, le Docteur Jean-Marc Benhaiem,

Vous nous faites le grand honneur et l'amitié de venir depuis l'université de Charcot jusque celle de Bernheim pour juger ce travail, et nous vous en remercions chaleureusement.

Vous nous avez formés à l'hypnose médicale et ouvert les yeux sur les possibilités que cette thérapie offre. Cette découverte a changé radicalement et durablement notre façon d'exercer.

En créant et en faisant vivre un Diplôme d'Université d'Hypnose Médicale à l'université Paris VI – La Pitié Salpêtrière, vous avez su redonner une place pour l'Hypnose à la faculté de Médecine.

Nous savons que le sevrage tabagique est un sujet qui vous tient à cœur.

Le sujet de cette thèse a des liens évidents avec vos écrits et votre enseignement.

A ceux sans qui cette thèse n'aurait pas pu s'écrire.

En tout premier lieu au Docteur Claudine Gillet, qui m'a si agréablement reçu et guidé pour réaliser au mieux le travail clinique. Merci d'avoir accepté de me faire rencontrer des patients en m'ouvrant les portes de votre consultation d'addictologie. Vos patients ont témoigné de votre compétence et de votre humanité. En espérant que ce genre de collaborations se multiplient et soient toujours fructueuses pour aider les patients.

J'y associe toute l'équipe de la consultation de médecine L, médecins, infirmières, secrétaires, qui ont si gentiment collaboré avec moi.

Au Docteur Nelly Agrinier, assistante hospitalo-universitaire dans le service d'Epidémiologie et d'Etudes Cliniques. Tu m'as aidé et guidé pour la partie protocole et étude, mais aussi éclairé sur le travail dans son ensemble et appris d'autres choses qui me seront sûrement bien utiles... Merci pour ton accueil, tes judicieux conseils, ta grande compétence, ta patience et ta collaboration.

Au Docteur Abraham Bohadana, amicale connaissance, et passionnant tabacologue, qui fut le premier à m'encourager à creuser plus loin mon questionnement sur la recherche concernant l'utilisation de l'hypnose dans l'arrêt du tabac.

Au Docteur Nicolas Werner qui m'a encouragé à présenter cette idée.

A Anna qui m'a enlevé plus d'une épine du pied et facilité la tâche à plus d'un titre. Sans ton aide et ton soutien dans cette drôle de période, je ne sais pas comment j'aurais fait.

« La vérité est l'accident de l'erreur » (G. Duhamel). Il y aura toujours des fautes et des imperfections. Aux « relectrices » qui font qu'il y en a un peu moins: à Anna encore, évidemment ; au Dr Catherine Savigny, merci pour ta disponibilité et pour ton attentive et pertinente relecture ; à Myriam, merci pour tes corrections in extremis...et surtout: merci à toi et à quelques autres pour le soutien « on-line » !

Aux patients qui ont accepté ou accepteront de se prêter à cette petite expérience. En souhaitant qu'ils y trouvent un peu de liberté.

A ceux qui ont participé à ma formation.

Dans l'ordre chronologique aux services du Dr. Blanc, Dr. Teissedre, Dr. Henry, Pr. Sibertin-Blanc, Pr. Kahn, Dr. Laruelle, aux équipes et aux médecins qui m'y ont appris mon métier de psychiatre.

Un remerciement particulier au Docteur Michel Blanc et son équipe. J'ai effectué mes deux premiers stages d'interne dans votre service, j'y ai appris la base de l'exercice qui est le mien aujourd'hui, j'y ai acquis une sensibilité aux dimensions systémiques familiales et surtout institutionnelles. L'année passée à travailler auprès de vous est déterminante dans mon approche actuelle de la psychiatrie et des patients. J'y associe le Dr Claudot, ainsi que le Dr Savonnière qui fut un puits de science et de bienveillance pour l'interne béotien que j'étais.

Aux enseignants du D.U. d'Hypnose Médicale qui m'ont initié à l'hypnose, sensibilisé à ses dimensions scientifiques et thérapeutiques, et m'ont donné envie de la pratiquer. La rencontre avec François Roustang restera une étape particulièrement déterminante de ma formation.

A mes formateurs de l'association ARePTA (Association Régionale pour une Thérapie Active), particulièrement aux 5 psychiatres fondateurs de l'Institut Milton H. Erickson de Nantes : dans l'ordre alphabétique les Docteurs Eric Bardot, Julien Betbèze, Wilfried Martineau, Thierry Servillat, Alain Vallée. J'ai approfondi mes notions d'hypnose auprès de vous et me forme maintenant avec un immense intérêt aux thérapies brèves. Vous êtes chacun à votre façon des modèles, et des militants de la transmission du savoir Eriksonien. Vous m'avez aussi donné l'envie de transmettre.

A tous les patients qui m'ont, plus qu'ils ne l'imaginent, véritablement appris mon métier.

A ma Famille.

A Anna, encore et toujours, que j'ai rencontrée juste avant le début et épousée juste avant la fin de mon internat. Tu es unique au monde. Merci de ton accompagnement, de ton aide et de ton indéfectible soutien. Avec tout mon amour.

A la mémoire de ma chère Mamie, partie trop tôt, qui me manque beaucoup et qui, de là où elle est, m'accompagne surement.

A mes merveilleux Parents. Quel aboutissement que d'arriver au terme de ces études, que sans vous, je n'aurais pu espérer mener. Que pourrais-je vous dire ? Les mots sont insuffisants. Merci en tous cas, de votre confiance et de votre soutien. Que ceci soit pour vous aussi une récompense.

A mon frère Jérémie, quasiment Docteur, avec qui je partage tant de choses. Notre complicité et notre soutien mutuel ont certainement influencé grandement nos études. Nous ne sommes pas tout à fait dans le même domaine, mais ton regard médical est toujours une grande richesse et une source d'inspiration ; ton regard fraternel est indispensable et irremplaçable. Une pensée affectueuse pour ta douce Salomé.

A ma sœur Laura, quasiment Infirmière. Ton regard toujours plein de confiance envers moi, m'a bien souvent aidé à avancer. J'espère que tu seras fière de moi comme je suis fier aussi de tes réussites d'étudiante, de comédienne, et de petite sœur. Avec toute ma tendresse.

A mes beaux-parents et à ma belle famille, qui ont vu aussi mon évolution et l'aboutissement de mon internat, en même temps que nous apprenions à nous connaître. Merci pour votre confiance et votre accueil.

Aux Cohen-Solal et Babous associés, pour votre soutien et votre hospitalité dans cette drôle de période que fut l'internat.

A tous mes proches, qui se demandaient quand ces si longues études allaient bien finir.

Sur cette page, les mots sont décidemment bien insuffisants pour décrire ce que je ressens.

A tous mes amis que j'aime.

A mes compagnons de route, camarades, collègues, confrères qui ont jalonné mon parcours.

A mes collègues Lorrains :

Ma promo d'internes, compagnons de découvertes ; les autres promos d'internes que j'ai eu l'honneur de « présider » ou la chance de mieux connaître, les différents bureaux de l'A.L.I.PSY,

Les internes, F.F.I. et tous les autres « habitants » de Jury-lès-Metz ; cette période restera très particulière et importante pour moi,

Et puis les autres médecins et membres des équipes soignantes, les membres de la communauté juive de Nancy, et tous ceux qui m'ont accueilli chaleureusement et fait me sentir finalement chez moi dans cette Lorraine où je ne connaissais personne.

Aux camarades de promo de la faculté de médecine Grange Blanche, qui m'ont accompagné au travers du genre d'études que l'on n'oublie pas.

A ceux avec qui j'ai découvert l'hypnose et les thérapies brèves.

A tous les amis « non médecins » que j'ai croisé pendant toutes ces années.

A tous ceux qui ont croisé ma route: je n'ai pas la place de vous citer. Il faudrait un tome deux pour tous vous remercier…

Que tous ceux qui se reconnaissent reçoivent ici l'expression de ma gratitude et de mes amitiés.

A ceux qui ont arrêté de fumer, et à ceux qui n'y sont pas encore...

A tous les patients, fumeurs ou non, que j'ai aidé ou espère pouvoir aider un jour ou l'autre, grâce à l'hypnose et aux thérapies brèves, à trouver leur propres ressources.

Table des Matières

Introduction 18

I. Généralités sur l'hypnose 21

1) Survol historique de l'hypnose 21

a) Du moyen âge aux lumières 22

b) Le 18ème siècle et Mesmer 23

c) 19ème siècle : naissance et essor 24

♦ Du magnétisme à l'hypnotisme 24

♦ La controverse des écoles de Paris et de Nancy 26

- L'école de Paris 26

- L'école de Nancy 27

Liébault 27

Bernheim 28

Coué 30

b) Le 20ème siècle : déclin et renaissance 31

♦ La psychanalyse nait de l'hypnose...et s'en éloigne... 31

♦ La réhabilitation de l'hypnose 34

- Janet 34

- L'époque des chercheurs 35

En europe 35

Aux USA 36

- Milton H. Erickson 38

- Essor de l'hypnose 41

e) Hypnose et thérapies brèves 42

♦ Le contexte : avènement et déclin de la psychanalyse 42

♦ La guerre, les banlieues chaudes, les ordinateurs, le placébo 44

♦ Les théoriciens et les pragmatiques 44

f) L'hypnose et les thérapies brèves dans le champ des psychothérapies aujourd'hui 47

♦ Développement des thérapies brèves 47

♦ L'effet Dodo 47

2) Principes de l'hypnose 50

a) Tentatives de description et principes pratiques 50

♦ Définir l'hypnose ? 50

♦ L'approche d'érickson 52
♦ La transe hypnotique 54
♦ La technique et la rhétorique hypnotique 58
♦ La relation hypnotique 61
b) Indications de l'hypnose 65
c) Voies de réflexions actuelles 67
♦ Recherches théorico-cliniques 67
♦ Hypnose et neurosciences 68
- **L'hypnose est-elle en lien avec le sommeil ?** 69
- **L'hypnose est-elle un état de conscience objectivable?** 70
- **L'hypnose entraine-t-elle des modifications perceptives et émotionnelles comme dans la douleur? Selon quelles modalités ?** 74
- **L'hypnose permet-elle de vivre de façon réaliste les « hallucinations » auditives et visuelles?** 75
- **Le patient est-il dissocié ?Ne se sent-il pas l'agent de ses propres actes ?** 76
II. Tabagisme : quelques rappels 80
1) Rappels épidémiologiques 80
a) Dans le monde 80
b) En France 80
♦ Niveaux et tendances en population générale 80
- La population tabagique et son évolution 80
- La consommation de tabac 84
- Répartition géographique : le cas de la Lorraine 85
♦ Facteurs associés au tabagisme 86
- Chez les jeunes 86
- Chez les adultes 88
- Consommation de tabac et stress 89
♦ Arrêts de tabagisme 90
- Arrêts effectifs 90
- Quelles sont les caractéristiques des fumeurs qui arrêtent 92
- Envies d'arrêter 92
- Cohabitation fumeurs/non fumeurs 94
♦ Mortalité attribuable au tabac 96
c) Que doit-on tirer de cet aperçu épidémiologique ? 101

2) Aperçu des méthodes et mesures (hors hypnose) pour le sevrage du tabac 102
a) Mesure de « santé publique » pour contrer le tabagisme 102
♦ Campagnes médiatiques 102
♦ Interventions ciblées sur la population 103
♦ Augmentation des prix 103
♦ Campagnes de prévention et législation 106
♦ Traitements et consultations : l'incitation 107
b) Méthodes de sevrage tabagique 110
♦ Méthodes Pharmacologiques 110
- Les substituts nicotiniques 110
- Les autres méthodes pharmacologiques efficaces et régulièrement utilisées. 113
- Les méthodes pharmacologiques non démontrées ou inefficaces ou non utilisées pour d'autres raisons 113
♦ Méthodes non-pharmacologiques 114
- Méthodes individuelles 114
- Méthodes mettant en jeu le fumeur au sein d'un groupe 115
- Méthodes faisant intervenir les professionnels de santé 116
c) La réduction des risques 118
d) Conclusions sur les méthodes de sevrage tabagique 120
III. Tabagisme et Hypnose 123
1) Certains mécanismes d'action théoriques possibles de l'hypnose sur le tabagisme 123
♦ Habitus, plaisir et dépendance 123
♦ Disposition à une attention au corps/apprentissage/recadrage 124
♦ La motivation 127
♦ Addiction, dégout, insula et cortex somesthésique 131
2) Les études existantes sur la question de l'hypnose et du tabagisme 133
a) Relecture de la revue Cochrane 133
♦ Résultats de l'analyse 133
♦ Commentaire des résultats 136
♦ Commentaires concernant les études non retenues par la revue 137
b) Autres études 139
c) Quelques hypothèses à en tirer 144
3) L'intérêt d'une étude d'observation 146
♦ Un essai clinique serait difficile à mener 146

♦ L'évaluation des psychothérapies 147
♦ Contribution à la théorie des pratiques 148
♦ Difficultés méthodologiques de cette recherche en hypnose 150
IV. Résultats d'une étude pilote 153
1) Intérêt d'une étude pilote sur le sujet 153
2) Synopsis du protocole pilote 154
3) Précisions sur les outils utilisés 154
a) Quelles dimensions évaluer ? 154
b) Quels outils d'hypnose ? 156
♦ Comment utiliser ces outils ? 156
♦ Séance 1 156
♦ Séance 2 157
♦ Séance 3 157
4) Modalités et limites du recrutement pilote 157
5) Résultats 158
Patient 1 158
Patient 2 159
Patient 3 160
Patient 4 161
Patient 5 162
Patient 6 163
Patient 7 164
Patient 8 165
Patient 9 166
Patient 10 167
2) Discussion 168
a) Données 168
♦ Description de l'échantillon. 168
♦ Description des données concernant le tabac 169
♦ Relation à l'hypnose, l'auto-hypnose, autres méthodes utilisées. 170
♦ Perception des émotions. 171
♦ Niveau d'anxiété : Questionnaire BATE 172
b) Interprétation des tendances et discussion des hypothèses 177
V. Un protocole d'étude possible 182

a) Synopsis 182
b) Justification 182
c) Objectifs 188
d) Type d'étude 188
e) Population d'étude 188
f) Données recueillies 189
A T0 : au données recueillies au moment de la pré-inclusion et de l'inclusion : 189
A T1 : à la fin de la 3° séance d'hypnose 190
A T2 : Six mois après le début du traitement 190
g) Modalités de suivi 190
h) Traitements des sujets 190
i) Tolérance 192
j) Analyse statistique des données. 192
k) Modalités administratives 192
Conclusion 193
Bibliographie 195
Annexes 221
Cahier d'observations TO: Protocole Hypnose et Tabagisme 2009
Cahier d'observations T1 : Protocole Hypnose et Tabagisme 2009
Cahier d'observations T2 : Protocole Hypnose et Tabagisme 2009
Test d'Ekman de reconnaissance des émotions.
Scripts de certains exercices d'hypnose

« Devait-elle arrêter de fumer ? [...] Comment pouvait-elle apprendre à arrêter de fumer ? »

Milton H. Erickson(88)

« Il n'y a pas que le tabac qui soit nocif. La vieillesse aussi c'est dangereux. Je connais des gens qui en sont morts. »

Raymond Devos. (80)

« Whatever works ! »

Woody Allen (7)

Introduction

C'est peut-être le lien entre hypnose et suggestion, mis en lumière depuis les observations de Liébault et Bernheim à Nancy au XIXème siècle, qui a pu faire penser qu'une hypnothérapie pourrait aider à modifier le comportement tabagique, s'il était possible de suggérer de façon efficace un autre comportement. En effet, depuis que les méfaits du tabac sont reconnus et que la médecine s'est saisie de cette question, beaucoup de praticiens de l'hypnose l'ont proposée pour aider leurs patients à arrêter de fumer.

Le tabagisme est un fléau responsable d'une part importante de la mortalité dans le monde. L'approche pharmacologique de la dépendance a contribué de façon non négligeable à faciliter le sevrage. La question de l'approche non pharmacologique est également fondamentale. Elle met en jeu la notion de « motivation », que le clinicien tente de provoquer, d'amplifier ou de maintenir. L'hypothèse d'une aide que pourrait apporter l'hypnothérapie dans le domaine n'est pas illégitime puisqu'elle a des vertus d'anxiolyse, s'intéresse au vécu corporel des symptômes et situe le patient dans un contexte de vie global.

Dans une approche à la fois scientifique et humaine, on ne remet pas ici en doute le traitement médicamenteux habituellement utilisé, et dont l'efficience est démontrée, puisque l'hypnose doit être selon nous, proposée en adjuvant. Et ce, en toute logique, puisque dans une approche holistique d'un patient, on ne peut nier ni l'aspect physiologique et biochimique, ni l'aspect psychologique. Il n'est pas éthique de ne pas proposer au patient le traitement recommandé, il n'est pas éthique non plus de nier sa part relationnelle et psychologique.

Mais les patients comme les praticiens ont leurs préférences, et certains patients se tournent plutôt vers des traitements non-pharmacologiques, seuls ou en complément ; des praticiens réfléchissent et améliorent la part relationnelle présente dans tout traitement, même chimique.

La dépendance est physique concernant la nicotine, elle est aussi comportementale et relationnelle. De la même façon dans le domaine de la psychiatrie, il est devenu impossible de nier la part génétique et biochimique dans l'origine des pathologies et dans les traitements ; mais tous les traitements s'accompagnent idéalement d'une thérapie. C'est la même question qui est posée par exemple dans le monde de la douleur chronique, où l'on utilise l'hypnose en complémentarité des traitements antalgiques. Au delà du tabagisme, le plus souvent affaire de pneumologues, la question posée est donc celle de la complémentarité des pratiques et des approches. C'est aussi la question de la part psychologique et relationnelle qui peut se poser dans de nombreux symptômes.

Nous souhaitions discuter cette méthode au travers de l'aspect psychologique et relationnel de l'addiction. Nous faisons l'hypothèse qu'elle pourrait convenir à au moins une partie de la patientèle, aider à la motivation et à l'arrêt et compléter de façon pertinente l'arsenal thérapeutique si elle est utilisée de façon adéquate.

Concernant l'hypnose en général, les indications dans la douleur et dans l'anesthésie sont de plus en plus démontrées et précises. La médecine psychosomatique y trouve un intérêt grandissant. Dans le domaine de la psychiatrie, notamment pour les problématiques anxieuses ou dépressives, les ouvrages et publications se multiplient.

Dans le domaine de l'addiction au tabac, l'utilisation de l'hypnose fait débat. C'est le cas en tabacologie, où la méthodologie peine à démontrer de façon formelle l'efficacité de cette technique dans les essais, pendant que les études observationnelles lui attribuent une efficacité. Mais c'est le cas aussi parmi les praticiens de l'hypnose, où l'on n'a pas de consensus sur la façon d'utiliser l'hypnose dans ce domaine. Doit-on l'utiliser pour le sevrage tabagique « lui-même » ? Ou bien le tabac n'est-il qu'un symptôme d'une problématique de vie que l'hypnothérapie pourrait aborder ? Quel type de technique hypnotique doit-on utiliser si l'on veut aider un patient tentant de se sevrer du tabac ?

Dans certaines conditions elle peut avoir une efficacité, notamment en conditions naturelles ou observationnelles. En outre elle est *de facto* utilisée par des praticiens et souhaitée par des patients. Mais quels types de patients pourraient bénéficier d'une telle technique et augmenter leurs chances de sevrage ? Il n'y a probablement pas de méthode de sevrage universelle, alors quelle méthode pour quel patient? C'est tout l'intérêt d'une étude observationnelle des patients bénéficiant de ce traitement, comme celle qui sera proposée ici.

Donc, au-delà même de l'hypnose, la question posée est celle de la théorie des pratiques, et de l'application d'une thérapie, non pas en fonction des querelles théoriques, mais bien des indications et des profils de patients.

Malgré tout cela, le psychiatre n'intervient généralement pas dans le domaine du sevrage tabagique, et s'il souhaite aborder cette question, il envoie le plus souvent son patient vers un confrère spécialiste. Il nous paraissait tout de même intéressant, au moment de ce travail de fin d'études de se pencher sur la question du tabac, et ce, au moins pour deux autres raisons.

D'une part, beaucoup de patients en psychiatrie fument et gagneraient à ce que leurs psychiatres soient sensibilisés à la question, même s'ils ne traiteront pas directement le problème. Peut-être pourraient-ils l'aborder, au moins sur quelques aspects non pharmacologiques.

D'autre part, la question du tabagisme nous paraissait rassembler certaines caractéristiques que l'on retrouve dans un grand nombre de pathologies du spectre de l'anxiété et des troubles névrotiques : accès d'angoisse, attaque de panique, obsession-compulsion, somatisation dans un trouble somatoforme ou psychosomatique, phobie, etc.

En effet, comme pour ces symptômes, l'intrication entre le physique et le psychique est une réalité vécue par les patients. Mais surtout l'usage du tabac, particulièrement les difficultés face au sevrage, mettent en jeu, chez des patients *stricto sensu* « non pathologiques » sur le plan psychiatrique, l'anxiété, le ressenti corporel et la vie de relation, même si c'est bien sur de façon moins importante que dans les troubles anxieux constitués.

L'étude de ces patients et de ce qui les aide à faire face, pourrait à terme nous instruire sur l'usage de l'hypnose dans d'autres troubles. L'hypnose, en tant que thérapie à la fois psychocorporelle mais aussi relationnelle par son aspect systémique, et solutionniste dans son fondement, nous paraît une réponse adéquate à ce genre de symptômes.

Nous aborderons en premier lieu des généralités sur l'hypnose, son histoire, ses principes, ses utilisations et les voies de recherche actuelles. Par la suite, nous présenterons quelques données sur le tabac, son épidémiologie et les méthodes existant pour contrer le fléau tabagique. Puis nous nous

pencherons sur l'application de l'hypnose sur le tabagisme, tant sur le plan des principes théoriques que des travaux existants sur la question.

La relative pauvreté de la littérature concernant les indications de l'hypnose sur le tabac ou la typologie de patients pouvant en profiter, nous a amené à proposer une étude pilote, dont les résultats sur 10 patients tabagiques et traités par hypnothérapie seront présentés. La mise en place de cette petite étude et ses résultats permettent d'affiner les hypothèses de recherche, mais aussi d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un protocole d'étude observationnelle à plus grande échelle que nous présenterons. Le but serait de décrire une population bénéficiant d'une hypnothérapie comme traitement adjuvant pour le sevrage tabagique, et de rechercher des facteurs prédictifs d'efficacité de cette méthode d'hypnose médicale dans cette indication.

I. Généralités sur l'hypnose

1) Survol historique de l'hypnose

Quand on s'intéresse à l'hypnose, on s'aperçoit que son histoire s'intrique avec deux notions : celle du pouvoir de l'esprit, particulièrement l'imagination, sur le corps et l'âme ; celle de l'influence interhumaine. Ces deux notions sont les germes de l'idée de « psychothérapie », c'est-à-dire la guérison par l'intermédiaire de l'esprit et dans le cadre d'une rencontre. Quant à la notion de transe, c'est une notion anthropologique présente dans quasi toutes les cultures humaines.

A chaque période de l'histoire où il a pu être admis que l'esprit influait sur le corps, que le corps ne se réduisait pas à une machine, l'influence de l'état de conscience, de la parole et de la suggestion sur la guérison fut d'actualité. Dans le papyrus d'Ebers, plus ancien traité médical connu, rédigé en Egypte au 15ème siècle avant notre ère, on peut lire : *« La parole m'a été donnée par le Maître de l'Univers afin d'expulser la souffrance. ».* Dans la Bible, on lit l'histoire de Hannah, jeune femme désespérée de ne pas avoir d'enfants, et qui verra son problème se résoudre après une prière ayant aussi toutes les apparences d'une transe thérapeutique.(5) Dans la Grèce antique, on soignait dans les temples d'Esculape autant par les paroles que par les médicaments. A quelques remèdes tirés du règne végétal, Esculape ajoutait presque toujours des chants agréables ou des prières mystiques qu'on appelait « charmes ».(131)

Au moyen-âge, dans un monde où la notion dominante est celle de maladie organique, Maïmonide ajoute la dimension de mental et de social. Rabbin, médecin, philosophe, il vécut autour de 1100 en Espagne puis en Egypte. Son **« TRAITE DES APHORISMES »** a été la source médicale la plus consultée du moyen âge. Il considérait que la maladie résulte de la rupture d'un équilibre à la fois psychique et physique et avait une approche holistique de l'homme malade. Dans son **« TRAITE SUR L'ASTHME »** notamment, il sait en reconnaître l'origine psychosomatique : *« aussi ne faut il pas trop y penser, ni trop se réjouir, ni trop s'attrister car bonheur et malheur ne sont grands que dans notre imaginaire ».* Dans son **« TRAITE DES HUIT CHAPITRES »** (182), introduction talmudique qui est vraisemblablement un des premiers traités de psychologie, il s'éloigne de l'idée de déterminisme et laisse la possibilité, la liberté aux humains de pouvoir agir sur eux-mêmes, provoquer des changements, utiliser leurs ressources pour changer leurs penchants, leurs dispositions, leurs émotions négatives, les « maux de leurs âmes ». Il se rapproche de concepts qui seront plus tard ceux de l'hypnose et de ses « filles » les thérapies brèves.

Certains concepts de la transe et de l'hypnose sont donc vieux comme le monde et prennent aussi leurs sources dans le chamanisme, berceau de toutes les alchimies et de toutes les médecines. L'hypnose avait été pratiquée sous maintes appellations dans différentes cultures, dans toutes les époques. Aujourd'hui encore, elle se perpétue dans la pratique traditionnelle de différentes cultures : Chine, Inde, Afrique, Indiens d'Amérique, etc., (243) endroits où l'évocation de ces pratiques entraîne moins de questionnements.

Dans nos civilisations, jusqu'il y a très peu de temps, les savants s'intéressaient peu à ce qui se passait ailleurs, et l'ethnopsychiatrie n'existait pas. Sous nos latitudes, à travers l'histoire, la relation interhumaine, particulièrement dans un cadre possiblement thérapeutique, a toujours

déclenché de vifs débats. Les avancées scientifiques n'ont pas toujours provoqué de consensus, notamment dans ce domaine. Il suffit pour s'en convaincre, de s'intéresser aux controverses contemporaines entre comportementalistes et analystes, ou plus généralement, entre les différentes écoles de psychothérapie.

Plus encore, le phénomène de l'hypnose, de la transe, a toujours été considéré avec fascination ou méfiance. Il s'est confronté à la science expérimentale et à la culture ambiante. Cela a permis au fil du temps de forger une vision plus rationnelle et scientifique de l'hypnose, plus adaptée à notre culture, mais qui laisse encore une part au mystère de la relation et des capacités de l'esprit.

Nous aborderons plus spécifiquement l'évolution de l'hypnose en occident, en un abord historique non exhaustif.

a) Du moyen âge aux lumières

En occident, au moyen-âge, la maladie est considérée comme organique. La médecine s'appuie sur d'anciennes conceptions héritées de Galien, Avicenne et Hippocrate, et la recherche, notamment anatomique, est muselée par l'hégémonie de l'Eglise.

Si l'esprit ou le corps produit des phénomènes inattendus, c'est donc qu'il est habité. La transe, est l'apanage des âmes « possédées », des sorcières. Et pour quelques délirantes, combien d'hystériques ont dû être brûlées sur les bûchers. Les ecclésiastiques ont aussi pour mission d'exorciser, de guérir par la cérémonie religieuse et le combat contre l'influence des puissances maléfiques sur les malades.

La foi officielle se méfie des phénomènes de transe, les attribuant à la sorcellerie, aux forces du mal. L'expérience mystique directe est suspecte, car le clergé est l'intermédiaire « officiel » entre D ieu et les hommes. Elle se méfie aussi de l'influence interindividuelle car l'influence sur l'homme doit venir du ciel ou de ses représentants, comme Jésus qui influe sur les autres en amenant la guérison. « Je le pansai D ieu le guérit » dira Ambroise Paré.

L'Eglise se méfie enfin de l'imagination, qui perturbe l'esprit de l'homme et le détourne de la foi. Giordano Bruno, imaginant le concept d'infini, sera brûlé. Galilée, osant affirmer que la terre n'est pas au centre de l'univers et que ce n'est pas le soleil qui lui tourne autour, y échappe dans son procès en hérésie face à l'église, en affirmant que c'est son imagination qui l'a conduit à produire cette étrange théorie. A cette époque où le diable devient une entité, on a peur que l'imagination ne soit l'appui pour les forces du mal.

Vers la fin du Moyen-âge et le début de la Renaissance, les connaissances scientifiques s'affinent un peu, et la théorie alchimique prétend donner une explication un peu différente aux phénomènes occultes et aux guérisons inexplicables. (131) L'histoire retiendra Paracelse (1493-1541) qui utilise la théorie du fluide universel, et l'influence micro et macrocosmique pour procéder à des guérisons. Mais il en admet cependant le caractère relationnel, et introduit la notion d'imagination quand il affirme par exemple *« Supprimez l'imagination et la confiance, et vous n'obtiendrez rien. »*, ou encore *« Que l'objet de votre croyance soit vrai ou imaginaire, vous obtiendrez le même résultat. »*

Mais l'imagination est toujours un objet de méfiance au XVIIIème siècle. Les « philosophes des lumières », ou ceux qui les influent, en quête d'universalisme et de savoir s'en méfient car elle pourrait troubler la justesse et l'objectivité d'un raisonnement. C'est l'époque du scepticisme.

Montaigne juge l'imagination « perfide » (202). Pour Descartes, l'imagination est un fossé entre volonté et entendement, qui « invente » des propositions fausses, c'est un obstacle qui pourrait l'empêcher de raisonner correctement et rationnellement(79). Pour Malebranche, c'est *« la folle du logis »*, une *« folle qui se plaît à faire la folle »* et à dérégler la raison humaine pour l'entraîner dans le monde de l'absence et du fantasme(183). Pour Pascal, elle « fourvoie l'être humain » (215) (216).

b) Le 18ème siècle et Mesmer

En 1766, un médecin allemand, Franz Anton MESMER, soutient à Vienne une thèse intitulée *« De planetarum influxu in corpus humanum »* qui présente une théorie selon laquelle tous les corps vivants sont soumis à l'influence des astres par l'action d'un fluide magnétique universellement répandu. La maladie résulterait d'une mauvaise distribution du fluide dans les différents organes.

Au 18ème siècle, on pratique l'exorcisme et on recense plus de 150 000 entités diaboliques différentes. Mesmer est influencé par des démonstrations d'exorcisme de l'abbé GASSNER, exorciseur réputé, qui arrive, pour obtenir la guérison, à faire se reproduire les symptômes des possédés, donc une « crise », en demandant au démon de se manifester et de reproduire les symptômes. GASSNER va jusqu'à supposer que les symptômes sont *« peut-être dus à une faiblesse de l'esprit de la personne que l'on croît hantée »*. Mesmer a recours au même type de procédé mais sans recourir à l'exorcisme. Il décortique les actions de GASSNER, et en déduit qu'il n'y a pas là d'intercession, mais une force de l'abbé lui-même, un pouvoir magnétique. C'est un changement de paradigme, le pouvoir n'est plus dans l'intercession, mais dans le « thérapeute » et on passe du privilège de l'influence du clergé et des monarques qui apposent leurs mains au « magnétisme ».

Il commence par utiliser des aimants, puis peu à peu se rend compte qu'il peut magnétiser tout ce qu'il touche (8). Il conclut alors que le principe curatif ne provient pas de l'aimant mais du thérapeute lui-même. En plus de l'influence des planètes, il y aurait un fluide magnétique entre les êtres humains, pouvant se transmettre d'une personne animée à une autre, un pouvoir d'influence mutuelle. Il exerce à Vienne, puis Paris, écrivant un mémoire sur la découverte du « Magnétisme animal », et développant sa technique avec des « passes magnétiques ».

Il invente également le « baquet » : vaste cuve remplie d'eau jusqu'à une hauteur de 30 cm, de divers objets et de limaille de fer, qu'il magnétise, avec des cordes qui en émergent et que six à huit malades tiennent autour du baquet. Le magnétiseur se promène entre les malades, effectuant ses passes, et le procédé suscite des crises convulsives qui se prolongent dans des petites chambres particulières matelassées où on transporte le patient. Pour ajouter à l'ambiance, un orchestre comprenant toujours un harmonium de verre (instrument inventé à cet effet par Franklin, surnommé « instrument du diable ») joue dans un coin de la pièce. Le succès du mesmérisme est rapidement prodigieux(86).

Un élève de Mesmer, Deslon, qui n'est autre que le frère du roi Louis XVI, provoque un jour un évanouissement chez Marie-Antoinette. Mais ceci est considéré comme un privilège que seul le roi devrait avoir…

Ce dernier en profite pour éclairer son scepticisme sur la question, et nomme une commission chargée d'enquêter sur l'existence du magnétisme animal et l'origine des guérisons qu'il procure. On y retrouve les plus grands noms de la science de l'époque : Lavoisier, Jussieu, Franklin, Guillotin, Bailly. Ils explorent le phénomène dans des cadres expérimentaux précis, faisant preuve

d'une grande rigueur scientifique. Ils se mettent également en jeu, prenant la place des magnétisés, puis apprenant les techniques et se mettant à la place des magnétiseurs. Ils mettent au point, à cette occasion, le principe du simple aveugle, en faisant des expériences avec un baquet magnétisé et un autre non magnétisé à l'insu du sujet. Au bout de deux années de travail, ils produisent un rapport au Roi.

Les différences de résultats selon les contextes, et les différentes expériences, les amènent à conclure que le fluide magnétique n'existe pas. Mais dans ce cas, à quoi est due la guérison ou la crise induite par Mesmer si ce n'est pas l'action du magnétisme? *« [Les expériences] autorisent à conclure que l'imagination[1] est la véritable cause des effets attribués au magnétisme. ».*

Avec une rigueur et une inventivité d'expérimentation remarquables, ils avaient prouvé que le fluide n'avait aucune existence, si ce n'est celle de l'imagination. L'imagination n'était pas la vertu la mieux considérée, c'était l'imagination coupée du réel, qui préludait aux dérèglements et à la folie(245). Néanmoins, il s'agit d'une étape fondamentale, puisque pour la première fois de façon officiellement reconnue par les autorités, l'imagination a un pouvoir sur la guérison. L'idée d'une « médecine d'imagination » est peut-être la première vraie porte ouverte à l'avènement d'une « psychothérapie ».

Suite aux conclusions de cette commission, la pratique du « magnétisme animal » est interdite, la popularité de Mesmer diminue considérablement. Il est couvert d'opprobre et se retire en Suisse. Il a néanmoins laissé derrière lui un grand nombre de disciples, qui continuent à pratiquer les passes magnétiques et évoluent en différents courants. Deslon notamment, répliqua astucieusement qu'il était remarquable d'obtenir de l'imagination des effets aussi visibles sur la santé. Si un tel traitement s'avérait aussi efficace, pourquoi ne pas l'utiliser ? (cité par Salem et Bonvin, 2007 (248))

La commission Lavoisier avait raison. Le fluide n'existait pas matériellement, l'imagination seule était responsable des changements constatés. Elle avait tellement raison que les magnétiseurs continuèrent à exercer et adoptèrent ce point de vue, qui évolua et parfois dériva(245).

c) 19ème siècle : naissance et essor

♦ *Du magnétisme à l'hypnotisme*

Le Marquis de Puységur (1751-1835), d'abord élève de Mesmer, pratique les cures magnétiques dans sa Picardie natale. Il s'aperçoit avec la pratique, que les « crises salutaires » encouragées par Mesmer ne sont pas indispensables à la guérison. Il constate que ses malades entrent dans un **« somnambulisme provoqué »**, interprété par Mesmer comme une fuite de la crise salutaire(244). Il attire l'attention d'autres mesméristes qui constatent que leurs patients réagissent avec moins de convulsions et d'avantage de manifestations de transe(239).

Il ne recherche donc plus la crise, simplifie la technique, et en découvre quelques propriétés : relation de dépendance entre le patient et le magnétiseur et nécessité de confiance à l'égard de celui-ci. Peu à peu il privilégie la communication verbale plutôt que les passes, et décrit une authentique méthode hypnotique. Il y introduit une dimension comportementale en s'intéressant

[1] Nous soulignons

aux changements dans le comportement qui pose problème chez le sujet. Il conclut ses mémoires par sa devise : *« Croyez et veuillez »*.

Deleuze (1753-1835), bibliothécaire, marqué par l'influence de Puységur, rejette l'idée de magnétisme animal, au profit d'un magnétisme individuel émanant du magnétiseur grâce à sa volonté(16). Il provoque un sommeil calme et rentre en communication verbale avec le patient, puis insiste sur l'amnésie au réveil. Il réserve l'indication du magnétisme aux douleurs et aux maladies nerveuses. Villers (1765-1815) supprime même les contacts physiques avec le patient, donnant beaucoup d'importance à l'attitude du magnétiseur et à la relation. Même si des études plus tardives et plus scientifiques lui donnent finalement raison, ses idées furent difficilement acceptées à l'époque, et son ouvrage fut condamné.

L'abbé De Faria (1755-1819), est élève de Mesmer mais s'en éloigne, il considère en effet qu'aucun fluide n'émane du magnétiseur, mais que tout se passe dans l'esprit du sujet. Plutôt que de magnétisme, il parle de « concentration ». Il décrit l'état des patients comme un **« sommeil lucide »**, pour lequel les patients sont naturellement prédisposés. De Faria confère un rôle essentiel à la confiance et à la relation. Sa technique et sa vision des soins annoncent clairement l'hypnose moderne, puisqu'il place ses sujets dans une position confortable, leur fait fermer les yeux ou se concentrer sur sa main qu'il tient à une certaine distance des yeux, et leur fait des suggestions de concentration de l'attention, ou de modifications perceptives.

Il est moqué par ses contemporains quand il prétend obtenir de tels phénomènes sans utiliser un fluide, et perd tout son crédit après avoir été ridiculisé par un acteur qui simule la maladie. Il est désapprouvé par des personnalités médicales en vue et accusé de charlatanisme. Il ne sera finalement réhabilité qu'à la fin du siècle par Bernheim qui le décrira comme *« le premier à avoir établi la doctrine de la méthode de l'hypnose par la suggestion et de l'avoir nettement dégagée des pratiques inutiles et singulières qui cachaient la vérité. »*

Bertrand (1795-1831), élève de De Faria, introduit une dimension psychologique, remarque que les phénomènes décrits dans l'état magnétique, ne sont pas exceptionnels ou spécifiques, et suppute que la principale cause est dans l'imagination du sujet, et non dans celle du magnétiseur. Il y a par exemple une attention sélective et une *« relation élective » [envers le magnétiseur et sa voix] comparable à celle qui existe dans le sommeil ordinaire : la mère qui s'endort près du berceau de son fils n'en continue pas moins de veiller sur lui, puisqu'elle entend le moindre de ses cris alors qu'elle reste insensible à des bruits plus forts. »*(59)

Appuyé sur le phénomène de « somnambulisme » étranger à son berceau, le magnétisme connait un nouvel essor, mais est toujours sujet à des controverses. Un rapport de l'académie royale de médecine y est catégoriquement favorable en 1831, mais une nouvelle commission en 1837 nie l'état de somnambulisme magnétique, et c'est le début d'une autre période de déclin…

C'est James Braid, médecin écossais, qui fait renaître et évoluer le mesmérisme et invente le mot hypnose en 1843, pour désigner de façon plus scientifique ce que ses prédécesseurs avaient appelé le magnétisme animal. Séduit par une démonstration publique de magnétisme (qui préfigure l'hypnose de foire actuelle), il essaie d'induire le somnambulisme sur ses proches, puis l'expérimente sur ses patients, et l'introduit dans sa pratique de chirurgien. Il utilise toujours la même technique, facilement reproductible, de fixation oculaire. Les passes sont pour lui inutiles et il nie l'existence

d'un quelconque fluide. Il propose une théorie « psycho-neurophysiologique », et nomme ce « sommeil spécial », secondaire à une stimulation rétinienne **« l'hypnotisme »**. Il s'inspirera du nom d'Hypnos (Ὕπνος), personnification du sommeil dans la mythologie grecque, fils de la Nuit (νύξ), et frère jumeau de la Mort (Θάνατος).

Il introduit une dimension physiologique au phénomène, c'est une expérience de causalité interne. Il remarque que lors de ce « sommeil nerveux », les reflexes ostéo-tendineux sont conservés, et le relâchement musculaire moindre que pendant le sommeil. Le braidisme rend acceptable le phénomène de l'hypnotisme aux yeux d'une communauté médicale qui avait condamné le mesmérisme. De nombreux chirurgiens anglais en seront les émules malgré une réticence première : en effet, la chirurgie était une pratique qui s'appuyait sur les réactions, notamment douloureuses, des patients. Cette naissance de l'anesthésie oblige à modifier la pratique, ce qui ne se fait jamais sans quelque circonspection. Vingt ans plus tard le protoxyde d'azote, ou gaz hilarant, commencera à être utilisé par les chirurgiens et les dentistes de façon régulière.

Braid accorde de plus en plus d'importance aux phénomènes psychologiques, comme la concentration mentale plutôt que la fatigue oculaire ou physiologique pour l'induction, au rétrécissement du champ de conscience sous hypnose, et à l'importance de la suggestion dans l'apparition des phénomènes observés(248).Le braidisme intéressa les médecins français avec un peu de retard, notamment grâce à Azam et Broca, qui effectuèrent dans les années 1860 des opérations chirurgicales en utilisant l'hypnotisme comme méthode d'anesthésie, ce dont Alfred Velpeau rendra compte à l'Académie des Sciences(57).

♦ *La controverse des écoles de Paris et de Nancy*

La France devint quelques années plus tard le lieu où l'hypnose connut le plus grand engouement et les débats les plus enflammés. L'hypnose s'introduit dans l'expérience et dans l'arsenal thérapeutique. La plus célèbre peut-être des controverses entourant l'hypnose, fut la controverse entre l'école de Paris de Charcot, et l'école de Nancy de Liébault et Bernheim.

- L'école de Paris

Jean Martin Charcot (1825-1893), chef de service à la Salpêtrière dans les années 1860 s'intéresse aux maladies nerveuses avec une grande rigueur clinique. Après s'être intéressé à la sclérose en plaques ou à la sclérose latérale amyotrophique, maladie qui conservera son nom, il prend en charge les hystériques dans les années 1870. Il est certain que les crises d'hystérie se manifestent toujours de la même façon, en quatre phases majeures, les autres formes étant dites frustres. Il remarque que la présence du public influence le nombre et l'intensité des crises. Notons cependant que les crises des hystériques de la Salpêtrière avaient un caractère uniforme, ce qui devait surement beaucoup à l'influence collective.

Charcot se met à pratiquer l'hypnotisme en 1878, il choisit particulièrement comme sujet d'expérience des hystériques affectées de stigmates organiques constants et de crises typiques. Le premier laboratoire de photographie médicale est à la Pitié-Salpêtrière, et les premières photos sont des sujets en état magnétique de « léthargie », « d'extase » ou encore de « catalepsie ». Pour Charcot, l'hypnose est avant tout un moyen d'investigations, cliniques et expérimentales, et non un agent thérapeutique. Charcot recherche des symptômes constants et un moyen permettant d'en

affirmer le diagnostic. Lors des « leçons du mardi de Charcot », on démontre et on classifie les maladies.

Il contribue à dégager l'hystérie des maladies neurologiques, en démontrant qu'elle n'est pas liée au corps (et donc pas à l'utérus) mais à l'esprit. Il distingue trois états spécifiques des hystériques hypnotisées et formant le « grand hypnotisme » : la léthargie, la catalepsie, le somnambulisme. Selon lui, l'hystérie est un état cataleptique particulier. L'hypnotisabilité serait spécifique de l'hystérie. C'est pour lui une « névrose expérimentale », inductible à volonté mais seulement chez les hystériques(293). Charcot ne semble pas gêné par le fait que les postures qu'il retrouve parmi ses patientes ne sont pas reproductibles ailleurs, argument qui sera souvent produit par ses détracteurs. On accusera le maître de ne travailler, dans ses leçons publiques (qui deviennent au fil du temps de véritables spectacles), qu'avec des patientes soigneusement sélectionnées et préparées par les internes.

L'école de Nancy est également critique notamment envers l'idée que l'hypnose ne serait qu'une névrose expérimentale, mais Charcot lui-même ne prend pas part à la controverse qui sera plutôt menée par ses élèves comme Babinski, Gilles de la Tourette ou Pierre Marie qui lui vouent un véritable culte.

En attendant, grâce à Charcot, l'hypnose devient quand même un respectable sujet d'étude scientifique, débarrassé de toute notion d'occultisme ou de magnétisme. Charcot évolue vers une conception de plus en plus psychologique de l'hystérie, peut-être inspirée par Janet. Même s'il précise dans une des leçons du mardi que *« la psychologie appartient, dans une certaine mesure au domaine de la médecine et qu'elle est en somme, au moins pour la majeure partie, que la physiologie des parties supérieures ou nobles du cerveau... »* (209)

Dans un ultime ouvrage consacré aux guérisons miraculeuses, il parle de l'influence du corps sur l'esprit, notamment par le biais de l'autosuggestion, qui peut être chez certains sujets, notamment les hystériques, assez efficaces pour produire la guérison. Parmi ses élèves, Babinski continuera à chercher des corrélats neurobiologiques, Janet l'utilisera plutôt sous la forme de la psychothérapie, qu'il appellera « médication psychologique ».

- L'école de Nancy

L'idée de Charcot selon laquelle l'hypnose est un symptôme pathognomonique de l'hystérie est critiquée par l'école de Nancy de Liébault et Bernheim qui y voient un état physiologique et un moyen thérapeutique. L'histoire et la science leur donneront raison.

Liébault

Si Bernheim est considéré comme le chef de file de l'Ecole de Nancy, son véritable père spirituel est le Docteur Ambroise Liébault (1823-1904).Il découvre le magnétisme durant ses études à la faculté de Médecine de Strasbourg et se met à l'appliquer sur ses patients. Il retourne dans la région nancéienne et devient médecin de campagne à Pont-Saint-Vincent.

Prenant connaissance des travaux de Braid présentés par Azam et Broca, il va jusqu'à proposer aux patients qui accepteraient la méthode hypnotique d'être soignés gratuitement. Liébault a une clientèle énorme, mais qui ne lui rapporte à peu près rien. Il crée alors sa propre

clinique à Nancy. Les patients font la queue devant cette clinique déjà tôt le matin. Liébault y soigne les « mauvaises habitudes », les tics, les phobies, les ulcères, les sciatiques, les diarrhées(52).

Sa technique tient de Braid et de De Faria. En 1866, il publie le bilan de ses travaux : « Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique ». Liébault y met en évidence les analogies et différences avec le sommeil physiologique. Il en conclut que le facteur hypnotisant ne réside pas dans une action physique, mais dans la suggestion verbale, qui est une réalité psychologique. C'est encore un changement de paradigme qui place la suggestion comme fondamentale dans l'obtention du phénomène. Selon lui tout un chacun peut être hypnotisé, de même que chacun peut accéder au sommeil naturel, à condition qu'il le souhaite et coopère avec l'hypnotiseur. Il insiste sur la relation de sympathie entre médecin et malade, climat de collaboration indispensable au succès de l'hypnose.[2]

Malgré cela il limite les indications de l'hypnotisme à la pathologie fonctionnelle et psychosomatique. Le principe thérapeutique réside pour lui, dans le déplacement de l'attention du sujet qui s'est focalisée sur une partie du corps ou un organe, par la suggestion. La suggestion est pour lui « la clef du braidisme ».

Bernheim

L'ouvrage est ignoré par le monde médical de l'époque jusqu'à ce qu'un médecin chef de l'hôpital de Maréville qui accueille les aliénés de la région nancéienne, lui propose d'expérimenter sa méthode dans son établissement(131). C'est ainsi qu'un certain professeur Bernheim, interniste réputé de la Faculté de Médecine de Nancy a connaissance de cette pratique de Liébault. Il lui rend visite et assiste à ses expériences. Constatant les résultats obtenus, il s'initie à la technique du « sommeil provoqué » et l'introduit dans son service hospitalier.

Hippolyte Bernheim (1837-1919) fuit l'Alsace après la défaite de 1871, et se réfugie à Nancy, où il intègre la Faculté de Médecine, originellement fondée pour accueillir les professeurs strasbourgeois qui voulaient rester Français. Il est nommé en 1879 Professeur de médecine interne. Il a la réputation d'être un clinicien exceptionnel et rigoureux. Il se met à pratiquer l'hypnotisme après sa rencontre avec Liébault, à l'hôpital et dans son cabinet de la place Carrière, et fait sa première communication sur l'hypnotisme à la Société Médicale de l'Est en 1882, la même année où Charcot présente l'hypnose à l'Académie des Sciences. Deux ans après, il publie un ouvrage important : « De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille ». Bernheim reprend les théories sur la nature de l'hypnose développées par Liébault, mais ira plus loin que son initiateur. Il attaque les théories de Charcot, s'y opposant point par point. Il soutient donc que l'hypnose n'est pas l'apanage de l'hystérie, elle n'en est pas pathognomonique, elle n'est même pas pathologique. Il réfute le « grand hypnotisme », assurant qu'il s'agissait de comportements suggérés par l'ambiance et l'expérimentateur, ce qu'il appellera une « hypnose de culture ». *« Une seule fois j'ai vu un sujet qui réalisait à la perfection les trois périodes : léthargique, cataleptique, somnambulique. C'était une jeune fille qui avait passé trois ans à la Salpêtrière… »*(32)

Pour lui, tout le monde ou presque peut entrer en hypnose, c'est un état physiologique. L'état hypnotique est un sommeil déterminé par la suggestion et, comble de la provocation,

[2] C'est ce même point de vue qui semble prévaloir aujourd'hui après de longs débats sur la nécessaire « hypnotisabilité » du sujet, ou sur l'utilité des échelles de suggestibilité

l'hypnose a la vertu d'être thérapeutique. L'hypnose entraîne une suggestibilité accrue, on peut donc suggérer la guérison et soigner les maux de l'esprit.

La controverse entre les deux écoles s'amplifie, prenant même un caractère politique et dépassant les frontières nationales. Bernheim privilégie le rôle de la suggestion jusqu'à expliquer entièrement par elle le phénomène de l'hypnose. La deuxième édition de son livre, parue en 1886 s'intitule « De la suggestion et de ses applications thérapeutique ». Le mot « hypnose » à disparu. Bernheim y écrit en avant-propos : *« C'est la suggestion qui domine la plupart des manifestations de l'hypnose : les prétendus phénomènes physiques ne sont, suivant moi, que des phénomènes psychiques. C'est l'idée conçue par l'opérateur qui, saisie par l'hypnotisé et acceptée par son cerveau, réalise le phénomène, à la faveur d'une suggestibilité exaltée, produite par la concentration d'esprit spéciale de l'état hypnotique. »* (59) Bernheim connait les limites de la suggestion verbale mais il établit que même lorsqu'elle ne peut guérir, elle contribue à la guérison en redonnant confiance au malade, en lui faisant supporter ses douleurs, en réduisant dans les maladies le facteur émotionnel.

Bien que les conceptions de Bernheim soient modernes, humbles et tournées vers la thérapeutique ; bien que l'hypnose devienne un objet d'étude plus scientifique et médical que jamais, les images caricaturales de l'hypnose « spectacle » donnent toujours les mêmes craintes autour de cette pratique. La réputation de Bernheim est telle que, en ville, de peur d'être hypnotisé, personne n'ose s'asseoir en face de lui dans le tram qui le ramenait chez lui. Conscient de cette crainte, il renonça à s'asseoir et il restait debout sur la plate-forme.(260) Il doit se défendre d'utiliser l'hypnose comme un moyen de soumission d'autrui. C'est peut-être le cas de nombreux hypnotiseurs « honnêtes » après lui, qui comprenaient que l'hypnose était une méthode thérapeutique, qui produisait des résultats, parfois spectaculaires, quand le patient accepte la suggestion, et pas un moyen d'ascendance sur les autres. *« Je ne suis pas un thaumaturge,* disait Bernheim, *tout le monde peut faire ce que je fais parce que la suggestibilité est une des possibilités fondamentales de l'être humain »* (260)

Le premier Congrès International d'Hypnotisme a lieu en 1889, réunissant de nombreux médecins et savants dont certains devaient connaître plus tard la célébrité comme Freud ou Janet. L'autorité de Charcot est mise en difficulté ans la communauté scientifique de l'époque. Les membres du congrès semblent largement favorables aux thèses de Bernheim. Ils se mettent d'accord pour définir par le mot « hypnotisme » tous les phénomènes produits par suggestion. *« ...la suggestion est vieille comme le monde : elle a été pratiquée par tous, soit inconsciemment, soit sciemment. Ce qui est nouveau et appartient à l'école de Nancy c'est d'abord l'application systématique et raisonnée de la suggestion au traitement des malades ; c'est ensuite l'association de l'hypnotisme comme adjuvant utile, souvent nécessaire à la suggestion. C'est la suggestion hypnotique utilisée comme méthode psychothérapeutique. »* (32)

En aucun cas il ne tient pour affaiblie ou détruite la volonté du patient, malgré ce qu'on tente de dire de lui quand il s'intéresse à des aspects médico-légaux, les possibles « meurtres sous hypnose ». Il défend l'hypnotisme comme un phénomène qui comporte une participation active et individuelle du sujet, qui émane de lui. En 1897, dans la Revue de l'Hypnotisme, il écrira : *« Tout mon enseignement écrit et oral proteste contre la conception d'automates purs attribués aux hypnotisés. [...] Le sujet hypnotisé n'et pas un cadavre inerte ou un corps en léthargie. [...] Un vrai travail intellectuel s'accomplit en lui [...] L'hypnotisme ne coule pas les sujets dans un même moule ; il ne*

supprime pas l'individualité psychique. Un cerveau hypnotisé n'est pas un cerveau inerte dans lequel on peut mettre ce qu'on veut. [...] les somnambules ne sont pas tous des êtres dépourvus de résistance, livrés corps et âmes à l'hypnotiseur. Ils conservent une certaine initiative [...] L'état hypnotique et les phénomènes qu'il comporte ont leur source purement subjective dans le système nerveux du sujet lui-même. [...] Le sujet peut s'y plonger lui-même, sans influence extérieure, par sa propre tension d'esprit. Dans cet état, son imagination devient si vive que toute idée développée spontanément ou suggérée par toute personne à laquelle il attache de façon particulière attention et confiance, prend chez lui toute la force de l'actualité, de la réalité [...] La volonté de l'hypnotiseur, si elle n'est pas exprimée par la parole ; ses gestes, s'ils ne sont pas compris pas le sujet, ne déterminent aucun phénomène... [...] ces phénomènes sont purement psychiques [...] » (cité par Bellet, 2008(22))

Bernheim poursuit ses idées jusqu'à dire quelques années plus tard qu' *« il n'y a pas d'hypnotisme, que seule existe la suggestion. »* (1892, Congrès de Londres). En cela il se démarque nettement de la position de Liébault qui se retrouve parfois embarrassé d'avoir été désigné comme étant le fondateur de cette école qui s'éloigne de ses pensées. Il pense marquer une étape : Mesmer avait cru créer un état nouveau de l'organisme par ses manipulations, Braid le remplaça par l'hypnotisme, sommeil artificiel dans lequel existe ces phénomènes, Liébault en fit un sommeil suggestif, Bernheim voulait dégager la suggestion du sommeil artificiel. Toujours en 1897 : *« Ce qu'on appelle hypnotisme n'est autre chose que la mise en activité d'une propriété physiologique du cerveau, la suggestibilité. Il n'y a pas, je le répète, d'état spécial méritant le nom d'hypnotisme il n'y a que des sujets suggestibles plus ou moins, auxquels peuvent être suggérés des idées, des actes, des hallucinations. [...] Rien n'est merveilleux, rien n'st anormal. [...] La thérapeutique dite hypnotique est remplacée par la psychothérapie, qui consiste à actionner cette suggestibilité avec ou sans suggestions préalable du sommeil. »* (Cité par Bellet, 2008(22))

En 1903, il invente en effet le mot ***« psychothérapie »***, pour désigner les soins par « suggestions à l'état de veille » allant jusqu'à dire : *« aujourd'hui, quand je fais de la suggestion verbale dans un but thérapeutique, je m'inquiète peu de savoir si le sujet dort ou ne dort pas »*. Après la controverse sur la « normalité » de l'hypnose, succède celle de la réalité de son existence. Bernheim, piètre praticien de l'hypnose selon certains, lui dénie au final toute existence et pose les fondements de la psychothérapie suggestive à l'état de veille(22). Pour lui il ne s'agit que de suggestion et de suggestibilité, autrement dit des capacités du patient à percevoir les paroles qui lui sont adressées. Ce débat trouve peut-être un écho actuel entre les partisans de l'objectivation de l'hypnose et les tenants de son immatérialité subjective.

Desservi par ses positions totalitaires, victime d'attaques antisémites, Bernheim est bientôt mis à l'écart de la vie scientifique française. Il prend sa retraite en 1910, et meurt en 1919, oublié de tous.

Coué

Ses théories sont reprises par un autre nancéen : Émile Coué. Ce pharmacien était convaincu du pouvoir de l'imagination dans le développement des maladies, et s'intéresse particulièrement au pouvoir que peuvent avoir les paroles des soignants sur la santé des malades. Très vite, il remarque qu'une plaisanterie, un conseil ou un commentaire personnel augmente l'efficacité des pilules ou de la pommade(23). Il soigne notamment des patients avec de l'eau distillée accompagnée de paroles rassurantes.

La rencontre avec Liébault est déterminante, il rencontre également Bernheim en 1885, se met à pratiquer l'hypnose, s'inscrit à la Faculté de Médecine pour parfaire ses connaissances, et s'installe enfin définitivement à Nancy en 1910, rue Jeanne d'Arc. Assuré que chacun est maître de sa santé physique et psychique et que, de même, chacun porte en lui les moyens de sa guérison, il prône l'autosuggestion, soutenant avec force le pouvoir de l'imagination sur la volonté du sujet. Il s'éloigne de Liébault en affirmant que l'imagination ne doit pas être contrariée par la volonté.

« Pratiquer la 'méthode Coué' » est devenu une expression courante, qui dérive sûrement d'un de ses conseils, qui consistait à se répéter plusieurs fois par jour : *« Chaque jour, en tout point de vue, je vais de mieux en mieux. »*Sa pensée intéresse le monde médical, mais surtout en dehors de la Lorraine. Il donne des conférences dans toute la France et même aux Etats-Unis à partir de 1923. *« Nous sommes ce que nos pensées nous font » « Chacun est l'artisan de sa volonté »* sont d'autres principes du Dr Coué qu'il rappelle au début de chaque conférence(33).

Coué, emporté par sa naïveté et sa foi dans la bonté de l'homme, manque de discernement dans les possibilités offertes par sa méthode à des gens peu scrupuleux. Il donne des conférences dans le milieu de la théosophie, des évangélistes et ne se rend pas compte des confusions qui s'opèrent(23). Sa popularité lui vaut les attaques des facultés dénonçant le charlatanisme, des églises dénonçant l'incompatibilité avec la religion. Il reçoit en France le soutien de Barrès, Forel et Lowenstein, crée de nombreuses œuvres, aidant les mutilés et les prisonniers de guerre. Epuisé par ses voyages, mais aussi par les jalousies et trahisons qui jalonnèrent la fin de sa vie, il est terrassé par une pneumonie en 1926.

Avec l'école de Nancy à la fin du XIXe siècle, le principe prééminent de causalité externe devient de plus en plus interne, c'est l'époque de la naissance de la phrénologie, l'époque ou l'idée de réflexe fait peur en laissant entrevoir que nos mouvements peuvent être influencés sans volonté. Le terrain est propice surtout à la naissance du concept d'inconscient cérébral, « quelque chose » agit à notre insu. C'est la thématique du Horla et d'autres œuvres littéraires comme celles de Paul Valéry, Nietsche, Dostoïevski.

C'est aussi le bon moment pour que les symptômes, ces idées, affects et comportements gênant le sujet et n'émanant pas de sa volonté, soient interprétés par la psychanalyse comme une émanation de l'inconscient. Finalement, au cours des décennies suivant la commission Lavoisier, les magnétiseurs battirent en retraite et cherchèrent refuge dans le « moral opposé au physique », refuge où fut emprisonnée plus tard la réalité psychique, notamment avec l'avènement de la psychanalyse. Il faudra attendre encore un siècle et des développements scientifiques pour que l'hypnose fasse sa réapparition « telle qu'elle est ». (245)

b) Le 20ème siècle : déclin et renaissance

♦ *La psychanalyse nait de l'hypnose…et s'en éloigne…*

Sigmund Freud (1856-1939) pratique l'anatomo-pathologie et la neurologie à Vienne quand il obtient à 29 ans une bourse de voyage pour aller suivre les cours de Charcot à la Salpêtrière. Il avait déjà été sensibilisé au phénomène hypnotique par son ami Breuer qui l'utilisait sur une célèbre patiente Anna O. : l'hypnose avait un effet sur les symptômes névrotiques, au moins pendant la transe, et sur la personnalité de la patiente.(111)

La rencontre avec Charcot est déterminante pour Freud. Il est particulièrement impressionné par les leçons du mardi dont il traduit une partie en allemand. Il laisse de côté ses travaux sur les anomalies morphologiques du cerveau pour s'intéresser davantage à la psychopathologie. Il constate la possibilité de créer expérimentalement des paralysies grâce à l'hypnose et de les faire disparaître. Ces paralysies ne correspondent pas à la réalité anatomique des trajets du système nerveux mais à l'idée que s'en font ces patientes. Charcot montre que les névroses ne sont pas la conséquence de lésions structurales du système nerveux, et les suppose en lien avec des traumatismes psychiques. Cette explication séduit Freud et est probablement à l'origine de ses travaux sur la dynamique de l'inconscient(131). Pour Freud, Charcot se voit assurer *« pour tous les temps la gloire d'être le premier à avoir expliqué l'hystérie »* (104)

Son rapport de voyage est mal reçu, s'opposant aux idées des maîtres autrichiens et l'hypnotisme a mauvaise presse dans le milieu médical viennois. Freud s'installe à Vienne et ne se décide à employer l'hypnose que fin 1887, probablement déçu par l'électrothérapie alors en vogue, et ayant entendu parler des travaux de Bernheim et Liébault qui utilisaient l'hypnose dans un but thérapeutique. Il se montre très satisfait par cette pratique, disant obtenir *« toutes sortes de succès »*(110) , il projette de traduire le livre de Bernheim. Il cherche au départ à formuler des suggestions directes sous hypnose concernant les symptômes, comme relaté dans le cas d'Emmy Von N.(111). Puis il commence à utiliser la méthode dite cathartique, consistant à retrouver l'origine traumatique des symptômes, méthode qu'il ne pense possible qu'en hypnose profonde, somnambulique. Un état qu'il n'arrive justement pas à produire chez Emmy Von N.

Il prend alors le train avec sa patiente et l'emmène à Nancy pour rencontrer Bernheim en 1889. Il est impressionné par les praticiens de l'école de Nancy, très touché par la pratique de Liébault. Mais Bernheim n'arrive guère plus que Freud à mettre la patiente en hypnose profonde, avouant par ailleurs qu'il parvient rarement à des hypnoses profondes dans sa clientèle. Liébault lui confirme aussi que la possibilité de parvenir à un « somnambulisme hypnotique » n'est pas toujours possible, ni forcément nécessaire à l'obtention d'effets.

Freud est alors tenté de renoncer à la méthode cathartique, convaincu à l'époque que seule l'hypnose profonde pouvait élargir le champ de la conscience, jusqu'à l'accès aux souvenirs pathogènes. Mais Bernheim avait montré que les amnésies sous hypnose n'étaient qu'apparentes et que l'on pouvait faire revenir des souvenirs à l'état de veille. Freud en déduit qu'il existe des représentations psychiques dont le patient n'a pas conscience mais dont il garde le souvenir dans sa mémoire inconsciente. C'est l'origine du concept de refoulement. Il cherche alors à se passer de l'hypnose, il lui reproche entre autre le caractère aléatoire de l'hypnotisabilité du patient et l'aspect superficiel de certaines guérisons qui n'ont lieu que pour une courte durée. Il craint aussi une implication érotique possible de la relation induite par l'hypnose. Il s'éloigne peu à peu de la technique hypnotique, renonçant au contact physique, ne leur demandant plus de fermer les yeux. Il laisse des « idées subites » surgir, demandant au patient qu'il fasse preuve d'une franchise totale et n'exclut aucune des idées qui se présentent spontanément, c'est le phénomène de « l'association libre ». Il se place derrière le patient qu'il installe sur un divan, pour ne pas l'influencer par ses attitudes, et conseille aux médecins de s'abandonner eux-mêmes, dans un état « d'attention flottante », afin de *« capter l'inconscient du patient »*(105).

Il creuse l'idée de « rapport » (mot utilisé par Mesmer pour qualifier les sentiments qui entraient dans la relation hypnotique), en inventant le concept de transfert, projection inconsciente d'affects sur la personne du thérapeute, et qui ne lui sont pas spécifiquement destinés. Les résistances du patient seraient levées lorsque, à force d'investigations et d'explications, le médecin aurait ramené à sa conscience ce qui était dissimulé dans son inconscient. Freud fait de l'analyse des résistances et de la liquidation du transfert le but de la cure analytique.

Freud tente une synthèse sans vraiment prendre position entre l'école de Paris et de Nancy. Il traduit Charcot et Bernheim. Il prend part au premier congrès international d'hypnotisme en 1889. Il reconnait à la fois que l'hypnose ne peut se limiter à l'étude des hystériques, et qu'elle n'est pas un traitement universel. Il reproche à Bernheim de ne pas suffisamment s'expliquer sur l'essence de la suggestion. Il parle d'une *« sourde hostilité »* déclenchée chez lui par *« cette tyrannie de la suggestion [...] qui expliquerait tout et devrait elle-même dispensée d'explication. »*(106). Il reconnait ses oscillations : *« En ce qui concerne l'hypnotisme, j'ai pris parti contre Charcot et je n'ai pas été non plus d'accord avec Bernheim. »*(109). Il s'essaye même à théoriser l'hypnose, la comparant à l'état amoureux, ou à *« la formation d'une foule à deux »* (106) Ferenczi s'intéresse aussi beaucoup à l'hypnose, décrivant une hypnose maternelle et paternelle.

Le prétendu abandon de l'hypnose comme objet d'étude par Freud est faux. Il l'utilise au moins jusqu'en 1924 d'après Bioy (35). La psychanalyse non seulement est née de l'hypnose mais également pourrait venir en retour éclairer ce qui peut paraître encore "mystérieux" dans cette pratique. Bien qu'il situe la naissance de l'analyse au jour où l'on a renoncé à l'hypnose, le « problème » ne cessera de questionner Freud. Jamais Freud ne manque par exemple de reconnaître sa dette à l'égard de l'hypnose, jamais, ni dans ses réflexions sur sa pratique, ni dans sa théorie, il ne cherche à gommer les marques de fabrique qui signaient « l'importation » de sa découverte.(245) Roustang (246)nous fait remarquer que Freud, en plus d'être un bon médecin, un bon observateur, un excellent greffier qui note tout ce qui se passe, s'avère être un excellent hypnothérapeute sans toujours réaliser qu'il l'est.

Il nous montre comment Freud obtenait des résultats qu'il ne savait vraiment interpréter et finalement le conduisait à creuser toujours plus loin dans le fonctionnement psychique. (246) Le passage de cette idée de changement induit par l'hypnose, à l'idée d'une catharsis d'abord hypnotique puis d'une cure psychanalytique vient en effet surtout de la curiosité du Freud chercheur : elle *« satisfait le désir de savoir du médecin, qui avait tout de même le droit d'apprendre quelque chose de l'origine du phénomène qu'il s'efforçait de supprimer »*(107) c'est l'origine psychopathologique qui l'intéresse, et non le mécanisme de la guérison. L'origine, il en est réduit selon son propre aveu à la « deviner », car elle ne repose sur aucun fondement observé ou observable. *« Sans spéculer, ni théoriser – pour un peu j'aurais dit fantasmer - métapsychologiquement, on n'avance pas ici d'un pas. »* (108). Cette recherche obstinée de causes, devient au fur et à mesure un but en soi, laissant de côté, ou en retrait, l'idée de guérison, ou même de soin, de thérapie. « La guérison vient de surcroît » affirmera-t-il.

Dans un de ses derniers textes, *l'analyse avec fin et l'analyse sans fin,* Freud dira même que *« L'analyse, avec sa prétention de guérir les névroses en assurant la domination sur les pulsions, a toujours raison en théorie mais pas toujours en pratique ».* Et cette considération sur l'hypnose :

« L'hypnose semblait être un excellent moyen pour atteindre nos fins[3] ; on sait pourquoi nous avons dû y renoncer. On n'a pas trouvé jusqu'à présent de substitut à l'hypnose. »

Le succès de l'analyse et le génie de son créateur à la défendre, contribuent sûrement à la régression de l'hypnose, thérapie finalement solutionniste, qui s'intéresse plus aux effets bénéfiques du traitement qu'aux causes supposées de la maladie. Jung abandonne également l'hypnose afin de comprendre comment la guérison intervient et quelle est l'action de l'analyste. Il est d'autre part inquiet que l'hypnose puisse atteindre les noyaux psychotiques. Lacan ira jusqu'à l'interdire à ses élèves dans son discours fondateur de Rome en 1956(160).

Au XXe siècle, il n'y a de plus en plus qu'une seule interprétation valable du psychisme, des maladies mentales, des relations humaines, du lien social : c'est celle qu'a théorisée la psychanalyse. Les psychothérapies de tous genres sont pensées dans sa mouvance, en fonction de ce qu'elle a déjà pensé et proposé, ou en opposition. La réhabilitation de l'hypnose sera lente.

- *La réhabilitation de l'hypnose*
  - Janet

L'idée que certaines pensées pouvaient être dissociées de l'état vigile conscient conduit Freud à développer la théorie de l'inconscient et Janet celle de la dissociation.(248)

En France, Pierre Janet (1859-1947), médecin, ancien élève de Charcot, titulaire de la chaire de psychologie expérimentale au collège de France, développe sa théorie de la dissociation. Il continue à étudier l'hypnose après le déclin d'intérêt qu'elle connait dans les suites de la bataille entre les écoles de Nancy et de Paris. Il aurait pu être à l'origine d'un regain d'intérêt pour l'hypnose mais son œuvre, pourtant remarquable, ne connait pas une grande diffusion. D'abord philosophe, il s'intéresse à l'hypnotisme et soutient à la Sorbonne en 1889 sa thèse de philosophie « L'automatisme psychologique », dans laquelle il développe l'idée de l'existence d'un inconscient psychologique. Ceci lui sert à construire l'idée de dissociation.

Dans l'hypnose, le patient est susceptible de séparer certaines capacités mentales ou certains souvenirs du « flux » central de sa conscience, sans que ses capacités ou souvenirs soient véritablement « perdus ». En somme, la personnalité peut perdre sa cohésion et laisser émerger des activités automatiques. Il utilisa la psychothérapie cathartique avant Breuer comme en témoignent ses écrits.(143)

Charcot, intéressé par ses travaux, l'aide à accomplir un cursus médical parallèlement à ses obligations de professeur de philosophie, et lui propose de diriger le laboratoire de psychologie de la clinique neuropsychiatrique de la Salpêtrière. Il y poursuit ses expériences après la mort de Charcot. Sa technique est simple, suggestive, et il insiste sur les répétitions, le rythme et la régularité des gestes, dont le rôle est encore aujourd'hui reconnu. (131) Il est au début tenté de définir l'hypnose comme un phénomène anormal, mais peu à peu il s'intéresse à la nature exacte de l'hypnose, au rôle de la suggestion, et conserve *« l'impression, peut-être illusoire, qu'il y a dans les somnambulismes complets quelques chose de plus que dans la suggestion. »*(151)

[3] Le renforcement du moi face aux symptômes provoqués selon Freud par un renforcement des pulsions.

Il évoque le rôle de l'apprentissage dans la facilité d'accéder à cet état qui peut être un « élargissement du champ de la conscience ». Il finit par la considérer comme un « traitement déterminé » (144) dont il limite les applications aux maladies fonctionnelles, c'est-à-dire celles qui peuvent guérir par un changement de fonctionnement et donc justifiables d'une thérapeutique psychologique. C'est une méthode au sein de la psychothérapie.

Il quitte son poste à la Salpêtrière et devient titulaire de la chaire de psychologie expérimentale et comparée au collège de France en 1902. Il continue à voir des patients, notant minutieusement tous leurs dires. Plus de 5 000 observations sont conservées dans son appartement parisien, servent de base pour son enseignement et constituent la matière de ses publications.(96) Son œuvre est gigantesque, plus de vingt volumes, et près de trois cent articles répertoriés, englobant à peu près tous les domaines de la psychologie normale et pathologique.

Il y eut une controverse entre Freud et Janet sur l'antériorité dans la découverte du fonctionnement du psychisme humain et de leurs méthodes thérapeutiques. Une véritable polémique eut lieu, chacun ayant ses défendeurs et des pourfendeurs (171). Mais si les travaux de Freud ont été à l'origine d'un large mouvement, l'œuvre de Janet est restée confidentielle.

Bien qu'ayant un peu évolué, sa notion de dissociation reste centrale dans la pratique de l'hypnose moderne. Mais en réalité c'est surtout l'application clinique de l'hypnose qui s'éclipse au début du XXe siècle, sans que les recherches expérimentales ne soient abandonnées.

- L'époque des chercheurs

<u>En Europe</u>

En Union Soviétique, Pavlov et ses collaborateurs s'intéressent beaucoup à l'hypnose dans l'élaboration de leur concept de conditionnement. Ils construisent une théorie de l'hypnose à partir de l'expérimentation animale. Le cortex du chien endormi ne réagit qu'au stimulus auquel il est conditionné. De même chez l'hypnotisé, certaines zones du cortex restent en activité. Chez l'homme c'est le langage qui intervient dans le conditionnement, la parole pouvant être un stimulus tout aussi efficace qu'un stimulus physique chez l'animal. Pavlov ne reconnait pas l'existence de l'inconscient, mais admet que le stimulus par la parole n'est pas assimilable au stimulus physique, en raison d'un vécu particulier à chaque humain. Il peut poursuivre très facilement ses recherches même après l'arrivée du bolchévisme qui considère l'hypnose comme une psychothérapie à base physiologique.

En France, c'est Léon Chertok qui redonne un nouvel essor à l'hypnose à partir des années 50. De formation analytique, analysé lui-même par Lacan, il hésite avant de s'intéresser vraiment au processus hypnotique. Il quitte l'hôpital psychiatrique pour créer un nouveau département de médecine psychosomatique en s'intéressant aux expériences menées à l'étranger. S'entourant de psychologues et d'analystes qu'il intéresse à ses recherches, il mène des expériences orientées vers la psychophysiologie de l'hypnose, et forme de nombreux élèves.

Quelques travaux se maintiennent sur le plan clinique : en Allemagne, Johannes Heinrich Schultz, psychanalyste et disciple de Freud, élève d'Oskar Vogt (le concepteur de l'autohypnose), tente d'articuler hypnose et concepts psychanalytiques dans son « training autogène », méthode de relaxation diffusée dès 1932, désormais classique en médecine et en psychiatrie.

Aux USA

Aux Etats-Unis, les recherches sont menée dans une perspective comportementale et reprennent d'une façon plus scientifique et moderne un des aspects de la question qui opposait Charcot et Bernheim : l'hypnose correspond elle à un état particulier ou n'est-elle que suggestibilité ? Ces recherches qui ne permettent pas d'aboutir à une théorie admise par tous les expérimentateurs débouchent sur une querelle entre étatistes et non-étatistes. La querelle ne sera dépassée que face à l'application thérapeutique qu'Erickson développera.

Pour certains comme Sarbin, l'hypnose est un « role-playing », un jeu de rôle consenti de la part de l'hypnotisé, qui se met dans une position psycho-sociologique ou il se conforme aux suggestions. Il adopte la théorie des non-étatistes face à l'incapacité des behaviouristes à retrouver quelque corrélat physiologique de l'hypnose. A l'appui de cette théorie, certaines recherches montrent que des sujets simulant le comportement hypnotique ne peuvent être décelés par des experts. (251) White également souligne l'importance de la motivation du sujet à *« se comporter comme une personne hypnotisée »*(59). Orne parle même de folie à deux, incluant deux personnes qui adhéreraient à leur rôle à leur insu. Il met en évidence cependant des comportements qui différenciaient les simulateurs des hypnotisés : congruence du comportement plus importante, réaction en l'absence de l'hypnotiseur (les hypnotisés restent en transe encore quelques minutes, les simulateurs stoppent de suite), suggestions post-hypnotiques efficaces, et logique de transe (alors que les simulateurs ne perdaient pas leur sens logique habituelle). En utilisant le paradigme de la simulation, il mit en évidence des comportements spécifiques dont cette trance logic qui veut que les sujets en hypnose n'obéissent plus aux lois de la logique. Il y a donc pour Orne des modifications du fonctionnement mental.(212) D'autres chercheurs comme Barber ou Spanos réalisent des expériences qui s'intéressent aux stratégies cognitives que les sujets déploient pour « répondre » aux exigences de la situation. La motivation tient pour eux à la volonté qu'ont les sujets à entrer en hypnose. Ils montrèrent que les comportements produits en hypnose pouvaient l'être à l'état de veille chez des sujets motivés et mettant en œuvre des capacités cognitives adaptées.

Les étatistes critiquent ces approches, arguant que si on met les sujets en situation de « simuler » l'hypnose, ou si l'on compose un groupe contrôle en leur faisant entendre la même induction et les mêmes instructions, on ne peut exclure qu'ils rentrent en fait en hypnose, surtout si on admet des définitions très larges de l'état hypnotique comme c'est le cas chez les auteurs modernes.

Les non-étatistes répliquent alors que ce genre d'argument est tautologique : si ceux qui simulent et produisent les mêmes phénomènes sont en fait en hypnose, alors c'est toujours la même réponse que l'on donne, quelle que soit la question, et l'on ne peut rien avancer. Le débat est sans fin.

De cette période des « chercheurs », deux auteurs valent encore d'être cités, Hilgard, car sa théorie de la néodissociation a laissé sa trace dans la pratique de l'hypnose moderne, et Hull car il eut pour élève Erickson qui révolutionna la pratique de l'hypnose, la ramenant dans le champ de la thérapie.

Clark L. Hull, psychologue « behaviouriste », lance en 1933 le premier programme de recherches à grande échelle consacrées à l'hypnose. Dans son laboratoire de psychologie

expérimentale de l'université de Yale, il produit les travaux qui inaugurent l'ère moderne de l'étude de cette discipline. (248) Déplorant son bannissement, Hull défend l'idée que l'état hypnotique est une activité mentale normale. Il est un des premiers à appliquer les méthodes expérimentales et statistiques de la psychologie moderne à l'étude de l'hypnose et de la suggestibilité. C'est dans cette foulée de recherches expérimentales que s'établissent les « échelles de susceptibilité ». Erickson est l'un de ses élèves, mais rompt finalement avec lui, s'éloignant de certains de ses points de vue comme nous le verrons.

Hilgard quant à lui, se consacre en premier lieu à la mise au point d'échelles d'hypnotisabilité. Ce sont les échelles de Stanford, du nom de l'université ou était son laboratoire. Ces échelles comportent une induction hypnotique puis différentes suggestions. Grâce à la cohérence des items et à une grande stabilité des mesures, ces échelles restent une référence pour les études sur l'hypnose, même si elles sont peu utiles pour les thérapeutes. Pour Hilgard, behaviouriste au début de sa carrière, puis très inspiré de Janet, considère l'hypnose comme un état de conscience particulier résultant d'une capacité normale, présente chez chaque individu à la naissance, et inhibée de façon variable au cours de son développement. Il ne confond donc pas la suggestibilité présente à l'état de veille et l'hypnose. Il mène de nombreuses expériences, notamment sur l'analgésie ou les sujets hypnotisés sont leurs propres témoins dans les groupes contrôle à l'état de veille, ce qui permet de montrer des différences expérientielles entre l'état d'hypnose et de veille. (274) Même en contrôlant la motivation et l'imagination des sujets, l'hypnose entraîne une modification de la suggestibilité et ne peut donc pas être réduite à celle-ci.

Certaines informations semblent pouvoir être perçues, mais non accessibles à la conscience par un mécanisme de dissociation du psychisme. Hilgard en tire le concept de néo-dissociation et l'hypothèse d'un « observateur caché ». Janet proposait à la fin du 19e siècle le terme de désagrégation, qui sera peu à peu remplacé par celui de dissociation pour décrire cette « faillite de la puissance de synthèse psychique », qui rendait le sujet plus vulnérable à la suggestion. En 1977, Hilgard suggère que le fonctionnement cognitif normal soit généré par le fonctionnement automatique de multiples sous-systèmes de contrôle cognitif, subordonné à un système exécutif de plus haut niveau qui vérifie et coordonne leurs interactions, en adaptant à la réalité. Dans cette hypothèse, l'hypnose altèrerait le fonctionnement du système de contrôle exécutif et son influence hiérarchique sur les sous-systèmes de contrôle Le sujet perdrait ainsi pour partie son adaptation à la réalité, et le fonctionnement automatique des sous-systèmes produirait les phénomènes automatiques observés sous hypnose. Les différences de perception ressenties en hypnose seraient permises par un processus mental, résultant d'une réorganisation des interactions entre les structures mentales. Il crée le terme « néodissociation » pour décrire l'action de l'hypnose et qu'il définit par *« des sous-systèmes de contrôle temporairement dissociés du contrôle exécutif conscient, activés directement par la suggestion »* (113)

Pour se justifier, il avance l'hypothèse de l'observateur cache (« hidden observer »). Dans certaines expériences, Hilgard suggère un observateur caché pouvant ressentir et rapporter les stimuli douloureux chez un sujet en analgésie hypnotique qui présentera pourtant une amnésie de la séance d'hypnose. Ce résultat indique pour Hilgard qu'une séparation de la conscience peut être effectuée grâce à cette barrière amnésique qui divise la perception en canaux indépendants. Basée sur des données empiriques, la théorie de Hilgard a par la suite été critiquée. Elle reste cependant

une sorte de métaphore décrivant un phénomène perçu subjectivement en hypnose, et que les neurosciences ont par la suite testé.

Après plus d'un demi-siècle de recherches expérimentales sur la na nature de l'hypnose, quelques points d'accord sont intervenus entre étatistes et non-étatistes : tout d'abord les sujets « les plus hypnotisables » ne sont pas simplement ceux qui cherchent à répondre le mieux à la demande de l'expérimentateur. Les sujets font des expériences en réponses aux suggestions comme des mouvements involontaires, des expériences d'analgésies ou autres, qui font de l'hypnose autre chose qu'un simple comportement compliant. Par ailleurs, la nature de l'expérience hypnotique pourrait aussi les rassembler : la plupart des sujets ayant vécu cette expérience la décrivent comme un état de conscience particulier que l'on nomme transe. Certains non-étatistes pourraient ne pas rejeter le vécu expérientiel tout en estimant que dans beaucoup de cas il ne s'agit que d'un état de relaxation profonde interprété comme une transe dans un contexte ou le sujet attend un état de transe. Bien sur ces points d'accord sont caducs si l'on considère qu'il n'y a que l'état hypnotique qui joue un rôle aussi crucial dans la production des expériences suggérées. (131)

Enfin un autre point sur lequel les deux écoles s'accordent concerne les variations physiologiques produites par des suggestions. Spanos, qui fut parmi les plus sceptiques des chercheurs et des théoriciens de l'hypnose, conduisit une série d'études avec ses étudiants et ses collègues qui montrèrent l'efficacité de la suggestion sur les verrues.(263)

Au final, certains points sont amenés à mettre tout le monde d'accord : des études plus modernes neuroscientifiques laissent entrevoir de façon assez claire qu'il y a bien une « réalité hypnotique », dans le sens d'un état de conscience modifié avec des répercussions sur le fonctionnement des structures cérébrales. Par ailleurs des études ont montré l'efficacité de l'hypnose dans plusieurs indications thérapeutiques, quelque soit sa nature exacte. Enfin plus qu'un objet de recherche, l'hypnose est redevenue un outil thérapeutique s'intégrant dans le patrimoine médical, notamment grâce à Erickson.

- Milton H. Erickson

Aux Etats-Unis l'hypnose thérapeutique a donc connu un déclin important jusqu'à ce que Milton H. Erickson (1901-1980) en rénove le champ clinique de façon décisive, à partir du milieu du siècle. Son apport est tellement fondamental qu'aujourd'hui la plupart des praticiens de l'hypnose disent faire de l'hypnose « ericksonienne ». Il ramène l'hypnose dans le champ de la psychothérapie et la modernise. Il fait éclater le cadre théorique qui l'entoure.

Son approche innovante en psychothérapie, repose sur la conviction que le patient possède en lui les ressources pour répondre de manière appropriée aux situations qu'il rencontre : il s'agit par conséquent d'utiliser ses compétences et ses possibilités d'adaptation personnelles.

Le jeune Erickson souffre d'un certain nombre de troubles sensoriels et perceptifs congénitaux (daltonisme, amusie) qui l'amènent à vivre le monde d'une manière différente de celle des autres et à prendre en compte, dès son plus jeune âge, la relativité des cadres de références des êtres humains(89). Avec la scolarisation, on se rend compte que le jeune Milton n'est pas seulement incapable de reconnaître les rythmes et les sonorités musicales, mais qu'il est aussi atteint d'une forme grave de dyslexie (195).

En 1919, à l'âge de 17 ans, Erickson est frappé une première fois par la poliomyélite, dont il faillit mourir et qui le laisse fortement handicapé sur le plan moteur. Face à sa paralysie motrice totale, plutôt qu'attendre une récupération spontanée, il utilise les informations sensorielles et met alors au point une technique de visualisation basée sur l'observation de son environnement et de son entourage. Il conçoit pour lui-même des exercices mentaux qui ne sont pas de simples travaux d'imagination, mais des exercices de réactivation de souvenirs sensoriels, notamment des mouvements perdus. En effet, il ne peut plus bouger car la corne antérieure de la moelle est lésée, mais il peut ressentir. Il se remémore les sensations du mouvement, il passe des heures entières à observer sa plus jeune sœur apprendre à marcher et apprend la séquence des mouvements de la marche. C'est selon lui, ses premières expériences d'autohypnose. Il fait aussi des expériences de modifications perceptives en centrant ses perceptions sur une partie de l'environnement sans percevoir le reste.

Cette façon de procéder, centrée sur les sensations, les ressources et les solutions, marque son exercice. Il lui apparaît comme évident qu'il peut adopter une attitude similaire devant tout problème humain, qu'il soit physique ou psychique. Il considère plus tard que l'hypnose était un outil d'apprentissage, particulièrement efficace pour faire entrer dans la vie de nouveaux comportements appropriés à la situation nouvelle à laquelle le sujet est confronté.

Conscient qu'il ne peut pas devenir fermier, il décide de devenir médecin. Ne pouvant bouger, il meuble son ennui par des jeux d'observation, par lesquels il développe une capacité à percevoir les signes non-verbaux émis à la limite du seuil de perception. Il observe par exemple, en voyant ses sœurs discuter entre elles, que souvent le langage verbal dit une chose alors que le langage du corps en dit une autre(195). C'est le début de l'idée d'utilisation de la méta-communication. Ses efforts pour se rééduquer l'amènent à redécouvrir par lui-même beaucoup des phénomènes classiques de l'hypnose et la manière de les utiliser à des fins thérapeutiques.

En 1921, Erickson est capable de marcher avec des béquilles et s'inscrit parallèlement en médecine et en psychologie à l'université du Wisconsin. Il connaitra même une longue période ou il marchera sans béquilles. En 1923 et 1924, Erickson, alors étudiant en troisième année de médecine, participe au séminaire sur l'hypnose organisé à l'université du Wisconsin par Clark L. Hull, un des pères fondateurs de la psychologie expérimentale et des théories de l'apprentissage aux États-Unis. Hull cherche à appliquer au domaine de l'hypnose une méthodologie expérimentale stricte et reprend le fameux débat entre suggestion (École de Nancy) et état modifié de conscience (École de la Salpêtrière) (58). La plupart des expériences de Hull se concentrent sur la question de la suggestibilité. Prenant parti en faveur de l'École de Nancy, il ne mentionne jamais aucune base physiologique pour cet état particulier que serait l'hypnose. Il cherche une méthode universelle d'induction.

Erickson rompt rapidement avec l'hypnose traditionnelle et les idées de Hull en se basant sur sa propre expérience. Il met vite en doute la conviction de Hull selon laquelle l'opérateur, à travers ce qu'il dit et fait au sujet, est beaucoup plus important que les processus comportementaux internes du sujet sous hypnose.(89) Il critique également *« l'acharnement de Hull à instaurer une « technique standard » pour l'induction »* sans tenir compte des différences individuelles entre les sujets. Dès octobre 1923, Erickson décide de mener ses propres recherches et commence à développer diverses techniques d'induction hypnotique permissives et indirectes. C'est d'ailleurs l'un des grands apports

d'Erickson que d'autoriser le patient plutôt que de lui imposer. La suggestion n'est plus directe, mais indirecte, elle n'est plus autoritaire mais permissive.

Les expériences menées par Erickson déplaisent à Hull, qui a l'impression qu'il ne tient pas assez compte de l'importance des suggestions et de la suggestibilité. De son côté, Erickson s'oppose à Hull, pour qui un sujet hypnotisé perçoit et ressent la réalité qui l'entoure de la même manière que lorsqu'il n'est pas hypnotisé. Alors qu'Erickson s'éloigne de Hull, il obtient le soutien d'autres professeurs. En 1928, Erickson obtient son doctorat en médecine en même temps que sa maîtrise de psychologie au Colorado General Hospital.(124) Il est ensuite stagiaire en psychiatrie au Colorado Psychopathic Hospital, où on lui interdit de mentionner l'hypnose, puis médecin assistant au State Hospital for Mental Diseases à Howard (Rhode Island).

D'avril 1930 à 1934, il est médecin-adjoint puis médecin-chef du service de recherche à l'hôpital d'état de Worcester dans le Massachusetts. C'est à cette époque qu'il est autorisé officiellement à reprendre ses recherches en hypnose et qu'il publie son premier article sur le sujet(87). En 1934 il devient directeur de la recherche psychiatrique à l'hôpital psychiatrique Eloise, aussi appelé Wayne County Hospital, dans le Michigan. C'est dans le Michigan qu'Erickson réalise la plupart de ses expériences sur l'hypnose.

De 1939 à 1948, Erickson est directeur de la recherche et de la formation psychiatrique au sein de l'hôpital psychiatrique Eloise. À partir de 1940, il travaille pour le gouvernement des États-Unis dans le cadre de l'effort de guerre à une recherche sur la structure de personnalité japonaise et les effets de la propagande nazie(195). C'est dans ce contexte qu'il rencontre le couple d'anthropologues Gregory Bateson et Margaret Mead. Ces derniers le consultent à propos des processus de transe qu'ils ont pu observer dans leur travail de terrain à Bali(124). Pendant la guerre, il est également chargé d'évaluer les recrues pour l'armée.

Le 13 mai 1942, le psychanalyste et neurologue Kubie invite Erickson à la première conférence Macy, organisée pendant deux jours à l'hôtel Beekman de New York sur le thème de l'«inhibition cérébrale ». La conférence, organisée par le directeur médical de la fondation Macy, est principalement consacrée à l'hypnose et aux réflexes conditionnés. Parmi les participants figurent le neuropsychiatre et mathématicien Warren McCulloch, le neurophysiologiste Arturo Rosenblueth, Gregory Bateson et Margaret Mead. Les discussions sont principalement menées par Erickson et par le béhavioriste Howard Liddell, spécialiste du conditionnement des mammifères. Cette conférence est à l'origine de l'émergence du mouvement cybernétique.

Beaucoup s'intéressent à Erickson après guerre, qui va se mettre à pratiquer de plus en plus, de façon « étrange » et en obtenant des résultats. La deuxième guerre mondiale contribue en outre à relancer la question de l'hypnose, et en particulier son utilisation souvent efficace dans les névroses de combat.

En 1948, pour raisons de santé, Erickson s'installe à Phoenix dans l'Arizona où, après avoir travaillé un an au sein de l'Arizona State Hospital, il ouvre un cabinet de consultations privées à son domicile. Toujours féru d'enseignement, Erickson commence alors à produire les *Seminars on Hypnosis*, des ateliers de formation à l'hypnose qu'il donne à travers tous les États-Unis. En 1949, avec l'obstétricien William Kroger et le psychologue André Weitzenhoffer, il contribue à la création de la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*.

En 1952, à l'âge de 51 ans, fait médical extrêmement rare, Erickson est de nouveau frappé par la poliomyélite(89). Il perdra l'usage de ses deux jambes et d'un bras, peu à peu il ne quittera plus la chaise roulante. Les muscles phonatoires sont également touchés. Tout le reste de sa vie face à ses difficultés, il sera amené à simplifier ses techniques.

En 1953, Erickson organise un séminaire de week-end sur l'hypnose dans la région de Palo Alto. Jay Haley, qui participe à un programme de recherche sur l'étude de la communication dirigé par l'anthropologue Gregory Bateson, manifeste son désir d'y participer et Bateson organise la rencontre(124). De 1954 à 1960, Haley et John Weakland rencontrent de nombreuses fois Erickson chez lui à Phœnix et passent de longues heures à parler avec lui de la nature de l'hypnose et à l'observer, l'enregistrer, le filmer lorsqu'il travaille avec ses patients (25). Ces rencontres font l'objet de discussions régulières avec les autres membres du projet, Bateson et le psychiatre Donald D. Jackson. C'est sur ces bases que Bateson et les autres fonderont quelques années plus tard l'école de Palo Alto.

En 1957, Erickson fonde l'American Society of Clinical Hypnosis en vue de proposer une alternative à l'hypnose « de laboratoire » focalisée sur les généralités plutôt que sur les spécificités de la transe et de son induction. Pendant dix ans, il sera le directeur du journal de l'association *American Journal of Clinical Hypnosis*. C'est en 1973, suite à la publication par Jay Haley du livre « *Uncommon therapy* », qui deviendra en Français « Un thérapeute hors du commun », qu'Erickson devient connu du grand public, et acquiert ses derniers élèves qui deviendront des successeurs. Rossi le rencontre et décortiquera avec lui des milliers d'heures de thérapie, explicitant la « boite à outil » du thérapeute éricksonien. Rosen recueillera les histoires et anecdote du maître, Zeig enfin, organisera les derniers séminaires, et dirige encore aujourd'hui la fondation Erickson.

En septembre 1980, le premier congrès international consacré à Erickson est organisé, mais il décède six mois plus tôt, le 25 mars 1980. Il laisse en héritage de nombreux apports en psychothérapie.

Il dona un sens nouveau à l'hypnose et au concept même de thérapie, tout en permettant par son approche clinique très fine, de pouvoir reproduire et transmettre. Il aima enseigner, et eut de nombreux élèves, ce qui est pour beaucoup dans l'essor de l'hypnose à partir de la deuxième partie du XXe siècle.

- Essor de l'hypnose

Les élèves d'Erickson seront nombreux, les plus célèbres étant Sidney Rosen, Ernest Rossi, Jeffrey Zeig, Bill O'Hanlon, tous auteurs de livres de références en hypnothérapie. On pourrait citer aussi tous les fondateurs de Palo Alto. Les recherches en hypnose sont de plus en plus orientées vers la clinique, et des applications spécifiques se développent au delà de la psychothérapie comme par exemple dans le domaine de l'algologie.

A partir des années 80 en Europe, des médecins commencent à se former sous l'influence de Chertok ou d'autres, ils vont aux Etats-Unis se former dans les Instituts Erickson, et fondent leurs propres instituts de formation. Il faut attendre les années 90 pour voir l'hypnose prendre un autre essor, et les Instituts Erickson se développer à travers l'Europe. Des livres sont écrits sur l'hypnose, la thérapie, la relation thérapeute-patient.

Un des plus brillants penseurs de l'hypnose dans le monde francophone actuel est François Roustang. D'abord psychanalyste, il n'abandonne jamais cependant sa réflexion critique sur la pratique analytique et ses recherches dans le domaine de la relation thérapeute-patient. Il se forme à l'hypnose à la fin des années 70 et l'intègre dans sa pratique. Il va peu à peu se détacher complètement de l'école analytique, dont il critiquera dans plusieurs livres certains aspects.

Il écrit plus récemment quatre ouvrages qui sont devenus des références dans le domaine de l'hypnose : *« Qu'est-ce que l'hypnose ? »* *« La fin de la plainte »* *« Il suffit d'un geste »* et *« Savoir attendre : pour que la vie change. »*. Il décrit les étapes de l'hypnose en y incluant de nouveaux concepts, comme ceux de « veille paradoxale » ou de « perceptude » sur lesquels nous reviendrons. Il redonne une place au corps dans la thérapie, travaille la notion de changement, développe de façon essentielle la position du thérapeute qu'il et le seul à évoquer de cette façon (27), et en filigrane le « non-vouloir », ce que d'autres appellent le lâcher prise. Ses travaux ont aidé et guidé de nombreux thérapeutes, de nombreuses personnes impliquées dans la relation thérapeutique, qu'ils soient proches du domaine de l'hypnose ou très éloignés, leur permettant de comprendre ce qu'ils font et d'y mettre un sens. A la façon d'Erickson, mais avec une grande rigueur de raisonnement, il met des mots sur des phénomènes à la fois naturels extraordinaires.

A la fin des années 90 un Diplôme d'Université est créé à Paris VI, l'hypnose retrouve sa place à la faculté de médecine. Le lien avec les thérapies brèves rend cette pratique « plus acceptable », et des équipes y compris universitaires comme celle du C.H.U de Lille l'intègrent à leur pratique (64). Dans cette région, depuis une quinzaine d'années, l'hypnose et les thérapies brèves prennent leur place au sein du service de psychiatrie du C.H.U. en harmonie avec les autres courants de pensée. Les concepts ericksoniens, et la vision anthropologique adaptative des thérapies brèves ont pu y être appliqués dans toutes sortes de structures (soins sans consentement, soins de crise, psychiatrie de liaison, psycho-oncologie, psychotraumatisme, addictologie, etc.).

Les congrès d'hypnose rassemblent de plus en plus de médecins. Le dernier congrès de la C.F.H.T.B. (Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves) à Nantes en 2009 à rassemblé environ 800 participants, de différents pays, de nombreuses spécialités différentes. L'hypnose a cette faculté de permettre aux médecins de communiquer sur leur pratique au-delà de leur spécialité, de même qu'elle rassemble l'esprit et les différentes parties du corps, sortant d'un dualisme artificiel.

La théorisation du fonctionnement de l'hypnose et de la communication thérapeutique doit beaucoup aux liens entre l'hypnose et les thérapies brèves.

e) Hypnose et thérapies brèves

- Le contexte : avènement et déclin de la psychanalyse

Il nous faut faire un rapide petit retour en arrière pour aborder l'histoire des thérapies brèves. Au 19ème siècle, la psychothérapie était l'héritage des magnétiseurs français. Elle était conçue comme un « coup de main » ponctuel pour aider une personne à passer un cap difficile de sa vie. Il était impensable qu'elle durât longtemps. Les symptômes témoignaient de la difficulté de ce « mauvais passage ». Aucun praticien ne se souciait d'une « compréhension en profondeur » de l'origine des troubles, et tous pensaient que si le patient parvenait à se débarrasser d'un symptôme, c'est qu'il avait nécessairement réaménagé ses profondeurs. Ce qu'il avait réaménagé, comment il

l'avait fait, était considéré comme trop compliqué pour être saisi et sans intérêt pour le soulager(193).

Pour ces praticiens, seuls importaient les solutions aux problèmes, et pas les causes de ceux-ci dans l'histoire individuelle. Par ailleurs, les premiers hypnotiseurs croyaient très vraisemblablement que le patient avait les ressources en lui pour surmonter ses difficultés, et que leur travail consistait à activer ses ressources, grâce à une relation d'échange.

Si Freud rate comme nous l'avons vu, son histoire avec l'hypnose, il rate aussi sa rencontre avec la brièveté. Pendant assez longtemps, les thérapies du fondateur de la psychanalyse sont brèves. En 1906 il guérit le chef d'orchestre Bruno Walter d'une paralysie du bras droit en six séances. En 1908, il guérit le compositeur Gustav Malher d'une impuissance en une seule séance. Cependant, progressivement, Freud passe un temps de plus en plus long avec ses patients, ce qui lui crée un souci qui le hante jusqu'à la fin de ses jours(106).

En fait, l'allongement de l'analyse est venu du succès de sa théorie. Au début de sa carrière, Freud doit se battre pou faire reconnaître la validité d'un traitement qui repose sur son étrange théorie sexuelle de l'Inconscient. Il a besoin d'illustrations cliniques. La gloire venant à l'analyse, sa position devient plus confortable. Les patients veulent aller plus loin et Freud prend plaisir à les suivre. Il se retrouve bientôt avec des analyses interminables et ne sait plus comment convaincre ses patients de « sortir de la thérapie ». D'autre part, au début de sa carrière, pour gagner sa vie, il doit assurer la rentabilité de son cabinet. Il lui faut des résultats rapides et incontestables qui lui font une réputation. Le succès et la sécurité financière étant là, les disciples affluent et il lui apparaît que le meilleur moyen d'enseigner l'analyse est d'en faire l'expérience. D'où la naissance de « l'analyse didactique ». L'efficacité du traitement ne presse plus ; les analyses s'allongent. Et l'analyse restera longue, car, par la théorie, elle, s'est attaquée à la condition humaine, en abolissant les distinctions entre soins et curiosité intellectuelle, solutions actuelles et causes historiques. Elle semble parfois relever, pour certains auteurs, du domaine de la philosophie. La psychanalyse est d'ailleurs au programme de cette matière au baccalauréat.

La première partie du XXe siècle voit le succès total, hégémonique de la psychanalyse, surtout aux Etats-Unis. La deuxième partie son ébranlement. Le premier soubresaut est venu de la seconde guerre mondiale. Grâce à l'idée que les troubles mentaux ont une « origine profonde dans la personnalité », les psychiatres-psychanalystes militaires américains envoient en quelques mois près d'un million de combattants en hôpital psychiatrique, soit plus du double des blessés chirurgicaux. Dès 1943, le gouvernement réagit et décide de « dépsychiatriser » les troubles des soldats au front en les considérant comme des réactions normales à la bataille, en promouvant un traitement immédiat ne s'occupant que du *hic et nunc*, au plus près de la zone de combat. Cette nouvelle attitude permit la réintégration de 70 à 80% des sujets, dont 60% dans un poste de combat(193).

La psychanalyse avait cependant conquis les écoles de médecine, tous les psychiatres étaient analystes. Ce traitement était donc plutôt considéré outre-Atlantique comme médical, et les psychologues, qui s'intéressaient aussi au psychisme eurent du mal à y accéder. L'un d'entre eux notamment, Carl Rogers, se vit refuser l'entrée à l'institut de psychanalyse de Chicago. Il nomma ce qu'il faisait « Client Centered Therapy », libérant ainsi la recherche psychothérapique qui s'ouvrit sur la souffrance psychique de l'individu, sans la considérer forcément comme une maladie d'un organe qui serait « l'appareil psychique ».

♦ La guerre, les banlieues chaudes, les ordinateurs, le placébo...

D'autres phénomènes jouèrent dans l'apparition des thérapies brèves. Le premier d'entre eux fut la criminalité dans les « banlieues chaudes », phénomène qui allait gagner peu à peu le reste du monde occidental. La répression policière et judiciaire ne semblait pas efficace, les psychiatres et psychologues coutaient trop chers pour les faire intervenir sur place. Devant l'urgence, et l'aspect de crise passagère à l'origine des actes commis, on décida de tenter de déminer les crises, encore une fois *hic et nunc*, sans théories psychologiques, juridiques ou sociales trop complexes. Ces interventions se devaient d'être brèves et efficaces. Et c'est ainsi qu'on vit apparaître les travailleurs sociaux dans le monde de la psychothérapie. Ils connaissaient le terrain, et se devaient de trouver des solutions simples. Certains de ces travailleurs sociaux ont ensuite été reconnus internationalement dans le domaine, comme Virginia Satir. Les thérapies brèves sont en partie nées de cette gestion de crises aigües et dramatiques dans les pires conditions sociales(193).

Un autre phénomène émergea dans les décennies après-guerre : le coût de la santé. Aux USA, les assurances américaines étaient privées et eurent dans l'idée que la psychanalyse qu'ils remboursaient depuis des années, durait beaucoup, et ne guérissait pas assez. Elles ont donc promu de façon intéressée des recherches pour rendre les thérapies plus courtes et plus efficaces. Arrivent alors des moyens techniques que Freud n'avait pas prévus : magnétophone, magnétoscope et ordinateur. Ils changent les méthodes de travail. En effet, auparavant, le nombre de cas qu'il était possible d'étudier était limité par le travail d'écriture annuelle. Chaque cas était médité longuement. Les « Cinq psychanalyses » de Freud ne sont que cinq, et continuent pourtant, par l'intérêt qu'elles suscitent, à être étudiées encore aujourd'hui. La finesse clinique est grande, souvent magistrale chez Freud, mais la critique est plus difficile.

Les enregistrements de cas sont plus nombreux et sortent des cabinets de consultation, plusieurs personnes peuvent entendre et voir le même patient, dans les mêmes conditions, et réagir à la façon dont le thérapeute a mené l'entretien. Ces enregistrements servent au travail d'équipe, à la supervision, à la formation et à la recherche. L'informatique en outre, a permis aux psychiatres du monde entier de parler le même langage commun, relativement débarrassé d'hypothèses théoriques. La conséquence et le reflet d'un langage psychiatrique commun est le DSM (Diagnostic and Statistical Manual) qui en sera bientôt à sa cinquième édition.

Les thérapies « brèves » qui naitront à partir des années 60 se partageront entre deux courants (195) : d'une part celles qui reposent sur une théorie psychologique et de l'autre celles qui répudient la théorie au profit d'outils thérapeutiques.

♦ Les théoriciens et les pragmatiques

Pour les « théoriciens », les thérapies se définiront de façon générale dans le sillage ou dans l'opposition à l'analyse.

Citons les psychothérapies d'inspiration analytique, élaborées par des analystes qui ne pouvaient conserver leur position traditionnelle devenue intenable dans la société américaine, sans pour autant abandonner la doctrine originelle. Il leur fallait cibler le travail sur un objectif plus restreint, quitte à renoncer à un travail « en profondeur ».

Mais si pour les analystes, l'inconscient est pulsionnel et l'affectivité reine, pour les cognitivistes au contraire, l'inconscient est une sorte de disque dur pour l'ordinateur mental, de machine à penser, et les troubles viennent d'une distorsion du logiciel. En termes plus psychologiques l'inconscient est fait d'habitudes comportementales et idéiques et de réactivités émotionnelles spécifiques(75), la pathologie est une distorsion du processus cognitif. Cette théorie provient d'Aaron Beck et rencontre un vif succès en s'associant aux théories comportementalistes pour donner naissance aux TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales). Il y a un lien entre sensations, cognitions, et comportement : ce que l'on fait, ce que l'on pense, ce que l'on ressent. Ces trois domaines peuvent distordre l'ensemble et mener à la pathologie. Pour combattre le trouble, on peut utiliser des techniques visant à le désapprendre et apprendre de nouveaux schémas de pensée et de comportements, de nouvelles cognitions en les restructurant, en opérant une « reconstruction cognitive ». Ces thérapies utilisent donc des techniques visant à mettre en lien le ressenti, la pensée, et le comportement, comme l'exposition progressive, l'information objective, la relaxation. L'inconscient est un peu « la boite noire », et n'est pas abordé frontalement. Le traitement repose sur la pédagogie, le déconditionnement, et la restructuration cognitive. Les cognitions, les comportements, les émotions peuvent être modélisées, de façon quasi mathématique. La cause n'est plus recherchée, on s'efforce de corriger les pensées automatiques, d'apprendre d'autres processus cognitifs, d'autres schémas de comportement face aux situations problématiques. Les TCC constituent des techniques de soins d'utilisation relativement simple, car reposant sur des modalités d'intervention clairement définies et facilement transmissibles. Par ailleurs, elles ne prennent pas en compte la subjectivité des patients ni celles des thérapeutes, se distinguant en cela radicalement de l'approche psychanalytique(125).

Du fait de ces modélisations possibles, plus stables et reproductibles, la TCC a pu être la forme de thérapie la plus facilement évaluée par des moyens « scientifiques », et la plus démontrée. Parallèlement, lui a été reproché un aspect justement trop « standardisé » et pas assez adapté à l'individualité de chacun. Evidemment les études ne représentent jamais complètement la richesse de la rencontre thérapeutique. Mais en des temps où tout doit être évalué, prouvé, démontré, et où certains analystes et autres thérapeutes rejettent l'idée même d'une possible évaluation de la psychothérapie, elle a permis de conserver une légitimité à la notion de thérapie.

Citons encore la Gestalt-thérapie de Perls qui s'appuie beaucoup sur la relation au corps, l'analyse transactionnelle de Berne qui distingue trois états du moi : parent, adulte, enfant.

L'autre courant est moins théoricien et se veut pragmatique. Les thérapeutes y soignent leur communication pour aider le patient à atteindre un objectif fixé, et ce, dans le plus court délai possible. En fait c'est ce courant qui sera par la suite identifié comme portant le nom de « thérapies brèves ».

Ce sont les travaux d'Erickson qui sont à l'origine de ce courant. Erickson s'était rendu compte que l'hypnose est un phénomène naturel qui permet au sujet d'activer en lui des capacités dont il n'a même pas idée. Il découvre aussi que l'apparition de l'hypnose dépend de la qualité de la relation, et donc de la communication thérapeute patient. *In fine* seule compte la qualité de la communication pour l'efficacité de la thérapie. C'est à partir de ces postulats que débute la construction de ce qui deviendra les thérapies brèves, notamment à Palo Alto.

A la fin des années 60, l'école de Palo Alto est un des lieux majeurs de l'évolution de la thérapie. Après Mai 68 en Californie, beaucoup d'aventures semblent bonnes à tenter. Des chercheurs de tous horizons discutent et travaillent avant de poursuivre chacun leur chemin. Malgré ces ruptures, il subsistera toujours une continuité dans l'esprit de Palo Alto, lieu mythique de naissance de la systémie. Certains pères fondateurs de l'évolution de la thérapie sont devenus légendaires : Erickson, Berne, Perls, Satir, Ellis, Ackerman, Minuchin, etc.

Un grand nom de Palo Alto, parmi les fondateurs et maîtres, pionnier de la transdisciplinarité est Gregory Bateson. Il mène d'abord des recherches en ethnologie et anthropologie avec sa femme Margaret Mead. Il est nommé professeur d'anthropologie à l'université de Stanford et s'intéresse à la cybernétique dans les années 40. Il rejoint le Mental Research Institute, invite par Don Jackson en 1959(91).

Bateson aborde les questions de communication et de relations humaines sous un angle nouveau, en intégrant la notion de paradoxe au sein de la communication. Il va participer activement à l'élaboration d'un modèle explicatif fondé sur les phénomènes interactionnels, les échanges entre individus. Selon lui, le psychiatre est formé pour approcher un cas particulier avec un modèle de maladie mentale préétablie. C'est-à-dire que ce type de praticien a en tête un modèle théorique de la maladie et, lors de la rencontre avec le cas particulier qu'est le patient, son attitude sera de l'expliquer grâce à son modèle préétabli. L'anthropologue, lui, fait l'opposé : il se rend en observateur dans un groupe à étudier. L'observateur fait partie de l'expérience et considère que l'objet d'observation n'est pas une chose isolée. Bateson utilise la même approche dans le domaine de la psychiatrie. Il ne se demande pas pourquoi cette personne se comporte de manière folle, mais plutôt dans quel système humain, dans quel contexte ce comportement peut faire sens ? Le comportement pourrait-il être dans certaines circonstances le meilleur possible, voire le seul possible ? Ainsi Bateson introduit une notion essentielle dans le domaine de la maladie mentale : la pensée systémique(91). Celle-ci se caractérise par un changement d'orientation qui consiste à ne pas voir le phénomène de la maladie de manière isolée, mais se demander comment ces différents éléments sont en interaction ?

Si Bateson n'a jamais été lui-même un psychothérapeute, ses recherches sont à la base des travaux de Palo Alto : Weakland, Haley, Watzlawick prendront le relais. L'influence la plus importante sur les membres de Palo Alto reste certainement celle de Milton H. Erickson. Dès le début, Bateson et ses suiveurs l'ont observé, écouté, enregistré et ont réfléchi à ce qui faisait d'Erickson un « Thérapeute hors du commun » selon l'expression de Jay Haley. Ils en ont déduit les principes de communication à la base de la compréhension systémique et des thérapies brèves : double lien, paradoxe, communication digitale et analogique, solutions et tentatives de solution, influence entre le thérapeute et son patient dans le processus de guérison.

Ayant supposé que l'hypnose fonctionnait car elle était de la communication efficace, ils ont conservé les principes et disaient pratiquer de « l'hypnose sans hypnose ». C'est en référence à ce travail que l'école de Palo Alto mettra sur pied une forme nouvelle de thérapie, individuelle ou familiale, fondée sur l'intervention active du patient, la prise en compte de son contexte, et une attitude plus directive du thérapeute.

f) L'hypnose et les thérapies brèves dans le champ des psychothérapies aujourd'hui.

- Développement des thérapies brèves

Par la suite, les différentes thérapies dérivées de ces bases que sont l'entrecroisement des travaux d'Erickson et de Palo Alto ont formé le riche courant dit des « thérapies brèves » : on pourra citer pour mémoire la thérapie systémique brève, la thérapie narrative (Michael White) , la thérapie paradoxale, la thérapie provocatrice (Frank Farelly), la thérapie stratégique (Gorgio Nardone) , et bien sur la thérapie orientée sur les solutions (Bill O'Hanlon, Steve de Shazer) qui prennent une importance grandissante. Les praticiens et les recherches dans le domaine ne font que s'accroître, chacune de ces thérapies semblant reprendre et développer une des facettes de l'hypnose éricksonienne. Ces pratiques sont souvent réduites à la systémie « pure » mais sont en réalités plus vastes et nombreuses. Il est plus juste de parler du courant de l'hypnose et des thérapies brèves que du courant systémique qui en représente une partie sans rendre compte de la globalité ni du socle commun de ces thérapies. Il n'est pas rare que les thérapeutes « brefs » pratiquent plusieurs de ces thérapies qui finalement sont toutes « sur les épaules du même géant ».

Le vocable « brève » peut donner en Français une mauvaise image de ce qu'il cherche à traduire. En effet, une thérapie brève n'est pas toujours une thérapie courte, mais « la plus courte possible » et centrée vers un objectif. En anglais on parle de « Brief Therapy », « brief » ayant pour définition quasi-intraduisible « to the point ». La traduction approximative est malgré tout consacrée par l'usage.

La recherche en France et en Europe sur le sujet, bien qu'ayant, comme souvent, débuté avec un peu de retard par rapport aux USA, est très active, les pratiques les plus novatrices et les grands noms se trouvent à présent de ce coté de l'Atlantique (193). On peut citer par exemple Roustang bien sur ou J-A Malarewicz à Paris, Y.Doutrelugne et O.Cottencin à Lille, Nardone à Arezzo, Luc Isebaert à Liège...

- L'effet Dodo

Corrélativement, des méthodologies d'évaluation d'efficacité des psychothérapies ont été mises au pont, tant pour des grandes séries statistiques que pour l'étude de cas. Le calcul informatique a aussi permis de prouver aux thérapeutes cognitivistes l'efficacité de leurs techniques.

Mais grâce a ces études, on a pu démontrer l'effet Dodo : sans équivoque, les psychothérapies fonctionnent comme le précise l'APA (American Psychiatric Association) (9) et on peut même dire que toute psychothérapie bien menée a de fortes chances de donner de bons résultats. Cette idée évoquée dans les années 70 (178) (179) a depuis été reprises par plusieurs études récentes(287). La dénomination « effet Dodo » provient du livre *Alice au pays des merveilles*, de Lewis Carroll, dans lequel le dodo, l'oiseau-juge, déclare que tous ceux qui ont participé à la course ont gagné et recevront un prix.(51)

Les définitions se sont modernisées et sont plus consensuelles. D'après l'American Psychological Association, les gens font surtout appel à la psychothérapie quand ils n'arrivent plus à régler eux-mêmes des problèmes, apparemment solubles, qui leur empoisonnent la vie.(134) La psychothérapie est un processus interpersonnel conçu pour produire des modifications dans des

sentiments, des pensées, des attitudes et des comportements qui se sont avérés pénibles pour la personne requérant l'aide d'un professionnel compétent.(276)

Grâce à ces recherches, on connaît donc maintenant les ingrédients du succès d'une thérapie, quelle que soit l'école théorique à laquelle le thérapeute se réfère. Il y a des facteurs communs aux psychothérapies pouvant être à l'origine de l'effet dodo. A condition que ces approches soient *bona fide,*(286) locution latine qui signifie « de bonne foi » : le thérapeute doit avoir une maitrise universitaire ou équivalent, le traitement doit reposer sur une approche psychologique valable, et le problème doit pouvoir être raisonnablement traité par une approche psychothérapeutique.

Même si ce « sujet » est encore jeune et que beaucoup de controverses subsistent, quelques idées semblent émerger : la majorité des thérapies bien menées donnent de bons résultats, la réussite de la thérapie dépend avant tout de l'engagement et de la motivation du sujet, enfin, l'alliance thérapeutique qui s'établit entre le patient et le thérapeute est beaucoup plus déterminante pour prédire l'issue du traitement que la technique utilisée par l'intervenant.

Même si toutes les psychothérapies ne sont pas équivalentes pour tout le monde, beaucoup d'études se sont penchées sur la question. La revue de quelques unes de ces études récentes permet de se rendre compte que certains éléments sont primordiaux et leur importance relative (81)(56)(187)(277).On sait ainsi que 85% au moins du succès thérapeutique repose sur des facteurs « non spécifiques », indépendants de toute théorie.

L'implication et la détermination du patient : dans une proportion de 40 %.

La qualité de l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute : 30 %

La confiance en l'efficacité du traitement: 15 %.

La spécificité de l'approche thérapeutique privilégiée : 15 %.

La spécificité de l'approche thérapeutique privilégiée ne compte que pour 15 %. Dans l'état actuel des recherches, il est difficile d'établir clairement si certaines approches thérapeutiques seraient beaucoup plus efficaces que d'autres face à des affections particulières. Il se peut qu'au lieu de choisir une approche en fonction d'un problème spécifique, il soit préférable d'en rechercher une qui correspond à qui on est, à nos attentes, et même à nos convictions et à nos valeurs ; ceci est valable tant pour le patient que pour le thérapeute.

L'implication du client, parfois appelé dans d'autres études « facteurs extra thérapeutiques » et qui incluent cette fois les facteurs extérieurs, compte pour 40% de l'efficacité. Concernant le client, cette implication notion qui englobe à la fois engagement et action, est son intention sincère de collaborer au processus thérapeutique. Il doit être motivé, participer activement au traitement et être prêt à faire face à d'intenses émotions. Le rôle du patient est déterminant pour que se constitue une bonne alliance thérapeutique (2). La confiance et l'esprit de collaboration démontrés par le thérapeute peuvent avoir une influence positive sur l'implication du client. De plus, si le thérapeute explique clairement à son client que le processus exigera, de part et d'autre, de travailler avec vigueur et détermination, cela peut influencer favorablement les résultats du traitement

La confiance en l'efficacité du traitement (15%) dépend en partie de l'alliance thérapeutique – qui est entre autres basée sur la confiance – mais également d'une bonne compréhension de l'approche thérapeutique. En effet, si l'on connaît bien la voie sur laquelle on s'engage, si des gens crédibles nous l'ont recommandée, si l'on s'est assuré de la compétence du thérapeute, tous ces éléments contribueront à générer une plus grande confiance. Et la recherche a démontré que cette confiance pouvait être, en elle-même, une composante de la thérapie, au même titre que la technique privilégiée

La qualité de l'alliance thérapeutique est donc centrale et fondamentale, elle compte pour un tiers environ de l'efficacité, mais influe sur tous les autres facteurs (confiance, motivation...) et est un facteur accessible et modifiable. On décrit généralement l'indispensable alliance thérapeutique de la façon suivante: (277) (187) dans un esprit de collaboration, le client et le thérapeute s'entendent sur leurs tâches respectives, et les considèrent comme importantes et pertinentes. Les objectifs de la thérapie sont clairs, bien compris et endossés par les deux parties. Un lien affectif basé sur la confiance, l'implication, l'acceptation ainsi qu'une grande empathie de la part du thérapeute relient les deux personnes. Elle est essentielle au succès de toute psychothérapie et, comme l'ont démontré nombre de synthèses d'études (81)(277)(187)(56) , elle serait plus déterminante que n'importe quel autre aspect spécifique du traitement. La recherche démontre que plus l'alliance est forte, meilleurs seront les résultats.

Dans une synthèse d'études datant de 2003 (2) portant sur les liens thérapeute-alliance thérapeutique, Ackerman&al. constatent que les principales qualités que devrait démontrer un thérapeute pour susciter une solide alliance sont d'être souple, honnête, respectueux, digne de confiance, chaleureux, intéressé et ouvert. Les facteurs communs semblent donc plus importants que les facteurs propres à une approche ou à une autre. Cela ne signifie pas que le choix de la technique soit secondaire. En effet, si celle-ci ne correspond pas aux attentes du patient, cela pourra avoir une incidence négative sur son implication personnelle, sur la qualité de l'alliance thérapeutique et sur la confiance ressentie, réduisant d'autant les chances de succès.

Les facteurs spécifiques étant secondaires dans l'efficacité du traitement, les chercheurs ont même émis l'hypothèse que de trop s'attacher à une technique particulière pouvait nuire à la qualité de l'alliance thérapeutique et à l'issue de la thérapie (55). Ces facteurs d'efficacité (motivation du patient, qualités du thérapeute (empathie, sobriété, intégrité...) sont essentiellement des facteurs relationnels : la thérapie a des facteurs d'efficacités très communs avec le placébo. Voilà qui donne de quoi être modeste.

L'hypnose et les thérapies brèves sont dans le grand champ des psychothérapies. Il est important que le thérapeute soit à l'aise, et le patient pourra l'être aussi. Qu'il choisisse donc son courant thérapeutique en fonction de son aisance avec les outils proposés. Enfin si des études permettent de distinguer des indications plus spécifiquement efficaces avec un outil ou un autre, alors souhaitons que les praticiens dépassent les querelles théoriques et sachent passer la main à leurs collègues d'autres obédiences.

Les thérapies brèves et l'hypnose peuvent être pratiquées par aisance avec les outils proposés, mais aussi pour l'intérêt qu'elles portent à l'amélioration du lien thérapeutique, en creusant de façon spécifique le sujet de la relation thérapeutique et des outils de communication efficace. Mais revenons plus spécifiquement à l'hypnose et à son champ actuel.

2) Principes de l'hypnose

a) Tentatives de description et principes pratiques

♦ *Définir l'hypnose ?*

Comment définir l'hypnose ? Précisons immédiatement que rien n'est moins aisé ni consensuel. Même parmi les praticiens de l'hypnose qui s'accordent sur la pratique et travaillent ensemble, s'accorder sur la définition reste un exercice délicat. C'est probablement parce que l'hypnose renvoie à une expérience d'un état de conscience qui se voudrait « autre » et qu'il est donc difficile de mettre en mots à l'état de veille « normale ». « Comment décrire un dedans quand on est dehors ? » se demandera François Roustang. Plusieurs définitions et tentatives de description du phénomène sont nécessaires pour en appréhender l'idée. Plusieurs se sont essayés à une définition. Les sociétés savantes notamment.

En 1955 pour la British Médical Association : *« L'hypnose est un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse a des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et à l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produit et supprimés. »* (Cité par Chertok(59))

En 1961 pour l'American Psychiatric Association, *« L'hypnose est une procédure psychiatrique spécialisée et constitue en tant que telle un aspect des relations médecin-malade. Dans la pratique psychiatrique, l'hypnose fournit un adjuvant utilisable dans la recherche, le diagnostic et le traitement. Elle présente aussi un intérêt dans d'autres domaines de la pratique médicale. »* (Scheflin & Frischholz, 1999)

L'APA a tenté une autre définition plus longue et consensuelle (rapporté et traduit par Hilpert-Flory, 2007(131)): *« L'hypnose implique habituellement une introduction à cette procédure durant laquelle le sujet sait que des suggestions d'expériences imaginatives vont lui être proposées. L'induction hypnotique est une suggestion initiale à utiliser sa propre imagination ; elle peut revêtir plusieurs formes. La procédure hypnotique est utilisée afin d'encourager les réponses aux suggestions. Lors de l'utilisation de l'hypnose, une personne (le sujet) est guidée par une autre (l'hypnotiste) afin de répondre à des suggestions de changements au travers d'expériences subjectives de modifications de perceptions, de sensation, d'émotion ou de comportement. Les personnes peuvent apprendre l'autohypnose, et s'administrer elles mêmes les procédures hypnotiques. Si les sujets répondent aux suggestions hypnotiques, il est en général admis qu'il y a eu une induction. Certains pensent que ces expériences et ces réponses hypnotiques seraient caractéristiques d'un état de conscience particulier. Si pour certains, il n'est pas jugé nécessaire d'utiliser le mot hypnose, d'autres l'estiment absolument nécessaire.*

Les détails des procédures et suggestions hypnotiques seront différents en fonction des objectifs des praticiens, et selon que ce soit dans le cadre d'une recherche ou d'une prise en charge clinique. Classiquement la procédure hypnotique implique des suggestions de relaxation, cependant la relaxation n'et pas nécessaire pour parvenir à un état hypnotique, et différentes variétés de

suggestions peuvent être utilisées, y compris celles qui encouragent à augmenter son état d'alerte. Les suggestions qui permettent d'approfondir cet état et d'en évaluer la profondeur en les comparant aux résultats des échelles standardisées peuvent être utilisées dans un cadre clinique ou de recherche.

Comme la majorité de la population répond au moins à quelques suggestions, les scores aux échelles standardisées s'échelonnent de négligeable à fortement suggestible. Traditionnellement, les résultats sont catégorisés en faiblement, moyennement et fortement répondeur. Comme dans le cas d'autres échelles de mesures des marqueurs psychologiques de l'attention et de l'éveil, les signes de profondeur de l'hypnose augmentent avec le score individuel. »

Cette définition a au moins deux lacunes : elle ne reprend pas la notion de relation médecin-patient, et ne fait pas état des dernières données de la recherche neuropsychologique. Elle est à la fois longue, très consensuelle, pouvant convenir aux étatistes comme aux non-étatistes, aux cliniciens et aux chercheurs. Si elle n'offre que peu de sujets de discorde, elle n'éclaire pas vraiment non plus sur la nature de l'hypnose.

Chertok la définissait comme « le quatrième état de conscience », en plus de la veille, du sommeil profond et du rêve, le sommeil paradoxal. (59) C'est pour lui clairement une potentialité naturelle, un dispositif inné, qui peut se produire dans des situations où l'individu est perturbé dans son rapport à l'environnement.

Roustang parle lui de « veille paradoxale » (245) par référence au sommeil paradoxal, phase du sommeil la plus calme en apparence mais où le cerveau à une activité intense. Comme dans le rêve, l'hypnose permet à l'esprit de produire des contenus vécus avec une grande intensité, une grande « réalité » des sensations même quand les contenus sont illogiques. Ces contenus réorganisent notre monde pendant le jour, de même que l'expérience hypnotique permet d'intégrer des ressources retrouvées, et notamment l'imagination. De plus elle sépare l'hypnotisé des stimuli afférents, mais se révèle une vigilance accrue, « veille généralisée », capable de prendre en compte plus de paramètres de l'existence que la veille « restreinte » de la vie quotidienne.

En rêve, de même en hypnose, l'individu peut avoir l'apparence du dormeur, mais être en réalité dans un état de concentration et de perception accrue, un état de grande activité interne psycho-corporelle. Freud avait très justement noté cet aspect même s'il ne l'a pas approfondi par la suite. *«Alors que l'hypnotisé se comporte vis-à-vis du monde extérieur comme un dormeur, c'est-à-dire en a détourné tous les sens, il est éveillé vis-à-vis de la personne qui l'a plongé en hypnose, n'entend et ne voit qu'elle, la comprend et lui répond. Ce phénomène qu'on appelle dans l'hypnose le rapport, trouve son pendant dans la façon de dormir de certaines personnes, par exemple la mère qui nourrit son enfant. Il est tellement frappant qu'il devrait nous mener à la compréhension de la relation entre l'hypnotisé et l'hypnotiseur »* (104)

Roustang explicite bien la différence entre cette thérapie et d'autres méthodes psychologiques, notamment l'analyse, thérapie dans laquelle il faut comprendre pour que le patient change. Selon Roustang, l'hypnose ne se fonde pas sur l'étude des névroses, elle ne prend pas appui sur la psychopathologie. Elle n'étudie pas le sujet humain dans son psychisme mais tente de le saisir dans et par son environnement, dans et par son rapport à son monde. Elle n'éprouve pas de nécessité à faire appel au passé, tous les moyens qu'elle utilise visent à faire surgir dans le présent des potentialités jusque là insoupçonnées. Elle ne se préoccupe pas d'interpréter c'est-à-dire de

donner ou d'ajouter un sens à des phénomènes qui paraîtraient aberrants. Sa question n'est pas « pourquoi en est-il ainsi », mais surtout « comment épouser ou modifier les mouvements et les orientations ». L'hypnose agit sur le pouvoir organisateur de notre système sensoriel, ce qui explique ses manifestations parfois impressionnantes, et la peur mêlée de fascination qu'elle suscite. C'est la même peur face à la médecine génétique qui pourrait toucher à l'organisation même de ce qui nous constitue.

Le moteur du changement ne peut pas être un effet de la prise de conscience, un effet de la compréhension aussi fine qu'elle puisse être. Il n'y a pas de changement si le patient ne modifie pas sa position, s'il n'agit pas de tout son être pour se situer autrement. Cela suppose que le thérapeute ne cherche pas à faire entrer le patient dans quelque modèle théorique, mais qu'il s'adapte à sa situation présente et qu'il invente pour chacun une procédure qui lui permettrait d'avancer.

Citons encore la définition de J. Godin pour l'Encyclopédie Médico-chirurgicale en 1991 : (113): « L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel le sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain « lâcher-prise », équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient. »

Enfin, un court extrait du livre de D.Megglé « Erickson, hypnose et psychothérapies » bien que n'étant pas présenté comme une définition résume les premières découvertes d'Erickson sur la nature de l'hypnose en tant que thérapie.(194) *« L'hypnose traduit une activation de ressources inconscientes et favorise les intuitions libératrices. Cette activation se produit dans un certain état de focalisation sans effort de l'attention pendant lequel l'esprit conscient relâche son contrôle. L'hypnose est un phénomène naturel de la vie quotidienne. Elle est une capacité créative provenant de l'intérieur de la personne et s'exprimant lorsque le contexte est favorable. Enfin, l'expérience hypnotique est très personnelle. Elle varie d'un sujet à l'autre, et chez le même sujet d'un instant à l'autre, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses motivations, du moment ou de l'époque de vie dans laquelle il se trouve. »*

Même si la définition de l'hypnose ne rencontre pas de consensus, on peut malgré tout conserver quelques idées générales, reprises par les livres de référence actuels dans le domaine de l'hypnose médicale et couramment admises, du moins dans un référentiel ericksonien.

Nous en présentons ici quelques principes.

- *L'approche d'Erickson*

En premier lieu, Erickson promeut l'abandon des théories psychopathologiques complexes. Il est convaincu qu'aucune théorie psychologique ne pouvait rendre compte de l'infinie diversité des êtres humains. C'est pourquoi il considère que la manière d'aider une personne à résoudre ses problèmes doit toujours être développée sur mesure, pour pouvoir répondre à ses besoins uniques. Pour lui, les théories sur les manières de penser et de se comporter risquent le plus souvent de nous enfermer dans des perceptions et des attitudes inadéquates. C'est pourquoi, dans son approche radicalement empirique, il évite d'utiliser les principes généraux issus de modèles de psychothérapie

et d'hypnose, qui mettent l'accent sur une standardisation de l'approche diagnostique et du mode d'intervention. En d'autres termes, pour lui, il n'y a de thérapie que si le thérapeute réussit à découvrir ce qui convient à cette personne particulière en ce moment particulier(195).

Bien sur, cette prise de position radicale est à nuancer puisque Erickson utilisait un certain nombre de principes thérapeutiques, bien que ses derniers restent flexibles, et qu'il fait de la recherche. Mais son hypnose n'est pas un état imposé de l'extérieur mais un processus permissif où il laisse le patient s'approprier les avancées. En tous les cas, il n'établit jamais de théorie psychologique complexe sur les origines des problèmes, et préfère réfléchir aux solutions.

Erickson développa l'art de l'observation. Dans son enseignement en psychothérapie, Erickson apprenait à ses élèves à bien observer le patient sans avoir idées préconçues. Il considérait en outre que l'apprentissage de l'hypnose était un excellent moyen pour le thérapeute de développer ses capacités d'observation. Il soulignait qu'il était lui-même le plus souvent en transe lorsqu'il menait des séances de thérapie. Pour Erickson, la transe du thérapeute, focalisée sur le patient, lui permet notamment d'être plus conscient des nombreux messages subliminaux non-verbaux que les patients émettent inconsciemment. Cela lui permet également de réagir plus en adéquation, de « s'accorder » au patient. Il insiste sur la synchronisation avec le patient, notamment respiratoire et gestuelle, mettant en évidence l'importance de a communication non verbale. Il conseillait à ses étudiants d'être particulièrement attentifs à la façon dont communique le patient, ce que les chercheurs de Palo Alto appelleront la méta-communication. La communication est également non verbale, et peu sémantique. Erickson ne voulait pas être considéré comme un gourou ou un magicien. Il insistait sur le fait que tout ce qu'il faisait était le résultat de l'observation attentive de la personne et de la réponse aux communications de cette dernière.

Un des apports fondamentaux d'Erickson en psychothérapie est l'idée que l'inconscient de la personne est une partie bénigne et utile pour elle. Selon sa conception, l'inconscient n'est pas la menace pulsionnelle qui, selon la théorie psychanalytique, vient perturber la vie consciente et a donc contraint au refoulement, ce n'est pas une boîte de Pandore, lieu de nos fantasmes les plus sombres. Bien au contraire, c'est une « boite à trésors », un stock d'apprentissages, véritable réservoir de ressources pour la personne. Le souci principal du thérapeute doit être de découvrir ou, mieux encore, de faire découvrir les ressources, ignorées du patient, qui vont lui permettre d'opérer en lui un changement. Pour Erickson, chacun a en lui les ressources, la capacité de soulager ses propres souffrances et de résoudre ses problèmes d'une manière qui ne doit pas nécessairement être comprise au niveau cognitif. Il n'est pas important que qui que ce soit, même la personne elle-même, comprenne comment les changements se produisent. Il est seulement important qu'ils se produisent. L'inconscient a parfois des possibilités que la conscience ne peut concevoir ni reproduire. Mais c'est à condition que la conscience se borne à demander son secours à l'inconscient, sans préjuger ni de la manière, ni du moment qu'il choisira pour agir, et qu'elle s'abstienne entièrement d'interférer avec son action.

Le problème est en fait une solution mise en place par l'individu à un moment donné et qui ne lui sert maintenant plus. Le passé n'est utilisé qu'en tant que ressource. Erickson peut parler du passé si c'est pour mettre en évidence une capacité ancienne d'apprentissage du patient, ou une capacité qu'il a eu d'aller mieux ou de réagir différemment par exemple. Ici encore le paradigme change : le thérapeute n'est pas celui qui a un effet, mais accompagne, facilite un processus.

C'est le patient qui définit son monde. En entrant dans le cadre de référence du patient il facilitait l'entrée en transe. En « parlant le langage du patient » (un autre de ses conseils les plus connus adressé sans cesse à ses élèves), il crée un cadre pour le changement. Il utilisera beaucoup des modes de langages figuratifs (les systémiciens diront analogiques) comme les métaphores ainsi que l'humour et la surprise. Il invente une forme d'hypnose ou l'induction formelle et la transe ne sont pas forcément présentes, l'hypnose conversationnelle.

Dans ses supervisions, Erickson insistait sur l'importance d'établir le contact avec le patient sur son propre terrain et de créer des situations dans lesquelles les patients peuvent prendre conscience de leurs propres capacités à modifier leur manière de penser. En d'autres termes, pour Erickson, *« la première chose à faire en psychothérapie est de ne pas essayer de contraindre l'être humain à modifier sa manière de penser; il est préférable de créer des situations dans lesquelles l'individu modifiera lui-même volontairement sa façon de penser »*. En somme pour Erickson, l'hypnose est un phénomène naturel et banal, que chacun a déjà rencontré. C'est un état de conscience modifié, semblable à de nombreux moments de notre vie où nous fonctionnons de manière automatique. L'hypnose est thérapeutique car elle est une aide au changement.

Il insiste également sur la nécessité de faire alliance avec la personne qui vient demander de l'aide, pour ensemble lutter contre le symptôme, c'est-à-dire utiliser les résistances au lieu de lutter contre, et se servir de l'hypnose pour mettre en place un nouveau schéma de fonctionnement psychophysiologique. Les réponses et réactions du patient peuvent être très variées en fonction de son histoire, de sa personnalité, de ses apprentissages antérieurs. Il s'intéresse particulièrement à la dimension de relation interpersonnelle de cette thérapie.

Un élève demanda à Erickson ce qu'il fallait faire pour devenir un bon thérapeute. *« Six choses seulement lui répondit-il. Les trois premières : observez, observez, observez ; les trois dernières : pratiquez, pratiquez, pratiquez »*.

Les principes de l'hypnose Ericksonienne transparaissent aussi dans la mise en place de la transe et dans les outils rhétoriques utilisés que nous verrons plus bas. Il introduit une nouvelle pratique de l'hypnose en en faisant une thérapie à part entière, et une nouvelle éthique de l'hypnose par son aspect respectueux du monde du patient et de son langage, son aspect ouvert et permissif. Il n'imposa pas une technique univoque et rigide, mais laissa à ceux qui le suivirent une « boite à outils », où chacun peut puiser comme il l'entend. Son humanité, sa finesse clinique et les outils thérapeutiques qu'il développa, inspirèrent de nombreux thérapeutes, et la plupart de ceux qui se réfèrent à l'hypnose et aux thérapies brèves.

Comment conceptualiser et présenter cette pratique ? En dépassant la référence unique à un maître, position qu'Erickson avait en horreur, quand on parle de l'hypnose aujourd'hui c'est généralement en référence à trois aspects : une expérience de modification perceptive, la transe ; un savoir faire relationnel, la technique et la rhétorique hypnotique ; une relation spécifique de la conduite de l'attention, la relation hypnotique.

♦ *La transe hypnotique*

Comme nous le verrons les recherches en neurosciences permettent d'étayer l'idée selon laquelle il existe un état hypnotique différent de l'état de base(170) ce que l'expérience subjective laisse penser.

Que constate-t-on pour le sujet en transe ? Pour savoir ce qu'est la transe hypnotique, il semblerait qu'il suffise de le demander à ceux qui en ont fait l'expérience. On sent tout de suite que ce n'est pas si simple, il est extrêmement difficile de décrire la sensation hypnotique. Encore une fois, « Comment décrire un dedans quand on est dehors ? » (245).

Tout d'abord, la transe n'est pas le monopole de l'hypnothérapie. Il s'agit d'un état physiologique qu'il est possible de rencontrer dans la vie de tous les jours. Un état de conscience différent où l'on fait « disparaître le savoir dans l'action » (Roustang) et dans la sensation. Certaines personnes décrivent parfois être rentrés chez eux en voiture, sans plus savoir en arrivant comment elles y sont parvenues. En réalité, tout porte à croire que cet état « dissocié », dans lequel une partie de l'esprit arrive à conserver la concentration nécessaire pour conduire, respecter le code de la route etc. et consacre d'autres ressources à discuter ou résoudre un autre problème, ressemble à l'état hypnotique. Les cinéphiles ou les bons lecteurs connaissent aussi un état d'absorption dans lequel une suggestion fonctionne. Si on décrit un désert brulant, le lecteur peut avoir subjectivement chaud, si on décrit de la nourriture de façon particulièrement suggestive, on pourrait lui donner faim, si on décrit une couleur ou un paysage, il pourrait sans effort le « voir », sans faire d'effort pour se le représenter. De même, pris par ses sensations et émotions suscitées par les suggestions, le lecteur peut parfois être indifférent aux stimuli l'entourant. Cette phrase aurait pu s'écrire avec le mot « hypnotisé » au lieu du mot « lecteur ». Le sportif, le peintre ou autre personne devant réaliser une performance, connait cet état où il est « dans son geste » ou sa performance, ou il dépasse son cadre habituel de perceptions sans effort cognitif, sans contenu de pensée particulier, il n'est que sensation pure.

Il ne s'agit pas de « relaxation » ou de « rêverie » car le contenu de conscience n'est pas anarchique et fluctuant, il peut être focalisé. Mais ce n'est pas non plus un état d'effort cognitif puisque cette « concentration », cette « absorption » se fait sans effort. Quand on est dans une sensation, réellement focalisé dessus, cela ne supporte pas la dénomination. Si on se dit « je suis en train de prendre du plaisir », la sensation s'arrête, si le sportif réfléchit à ce qu'il fait sans se laisser absorber dedans, il peut rater sa performance.

L'hypnose consiste à reproduire de façon volontaire, voire assistée, cet état particulier dans un but thérapeutique. Cette état de sensation pure, d'arrêt de la pensée est appelé « perceptude » par Roustang. C'est en cela que c'est une veille « élargie » puisqu'elle permet d'être attentif à de nombreuses sensations ignorées le reste du temps, masquées par des cognitions. L'esprit est à la fois focalisé mais dans une certaine fluidité mentale, une ouverture qui le laisse ouvert, une attention qui est sélective, dirigée vers les suggestions ou à l'expérience qu'il vit. Parfois, le sujet n'est attentif qu'à sa transe et à ce qui l'aide à avancer, en occultant d'autres stimuli. Ce phénomène est décrit par les praticiens qui constatent que le patient ne « prend que ce qui lui est utile » parmi de nombreuses suggestions du thérapeute. Libéré du contrôle cognitif, de l'anticipation, de la pensée automatique, de la pensée-action, le patient peut s'appuyer sur ses ressources pour réinterpréter son monde. Cette expérience laissera une trace à l'état de veille et pourra lu être utile pour résoudre un problème. Elle est une aide au changement.

On peut constater des signes « physiologiques » de la transe qui n'ont rien de spécifique en eux-mêmes à l'hypnose. Généralement le corps connait une détente musculaire profonde, accompagné d'un désintérêt envers certaines parties de l'environnement et certaines actions. La

respiration et le pouls sont ralentis, la fréquence respiratoire et la tension artérielle également. (132) Les reflexes ostéotendineux sont présent contrairement à ce qu'on constate dans le sommeil. Les mouvements volontaires sont inhibés dans une sorte de catalepsie, et paraissent plus durs à produire, les muscles du visage sont relâchés et davantage irrigués par un effet de vasodilatation périphérique. Le réflexe de déglutition est inhibé, le débit verbal peut être ralenti avec une légère dysarthrie. (248)

La « suggestibilité » dans le cadre de l'hypnose n'a pas le coté péjoratif qu'on lui connait dans la vie courante. Elle est plutôt une disponibilité au changement rendue possible par l'état de transe. Si la suggestion est à la base du travail de Bernheim, pour Erickson la suggestion est plus permissive car il constate que seules des suggestions correspondant aux ressources du patient peuvent être suivies. Il fera donc des suggestions indirectes et permissives.

La dissociation retrouvée en hypnose correspondait selon Janet à un fonctionnement plus autonome d'une partie de l'activité mentale, dans une division du psychisme mise en évidence par l'hypnose. Cette activité, plus régressive, avec une diminution de niveau de la pensée intellectuelle et de la volonté permet une sensibilité accrue aux suggestions. Pour d'autres, notamment les anglo-saxons, ce terme décrit le phénomène de vigilance à plusieurs niveaux. Un de ces niveaux conserve toute la force logique de la raison, demeure lucide et critique, c'est l'observateur caché selon Hilgard(129), les autres sous-niveaux fonctionnent de façon plus automatique et sont soumis au système de contrôle. L'hypnose altèrerait le système de contrôle. L'autre partie, engagée dans le processus, vit complètement l'expérience en ayant diminué son esprit critique.

La dissociation hypnotique peut être définie selon les cas (247) comme la capacité à substituer des images, sensations ou perceptions aux perceptions réelles, laissant exister des sensations autres. Dans ce cas là, ce n'est pas complètement une dissociation puisqu'on peut être tantôt absorbé par l'expérience hypnotique, tantôt dans les perceptions habituelles de l'état de veille.

Ou bien la capacité à pouvoir à la fois observer et éprouver une sensation : quand on permet au patient d'observer attentivement son angoisse et les effets produits, ce qui lui arrive ne le représente plus, il peut abandonner le ressenti subjectif sans se perdre lui-même. En cela l'hypnose n'est pas une méthode cathartique qui viserait à « revivre » l'expérience subjective pour la surmonter. Bien au contraire, Erickson soumet les patients aux faits en se dissociant de l'éprouvé affectif ou émotionnel, en se « décollant » des sentiments ou des émotions, pour être finalement intégré dans ce qu'ils observent, ils sont dans les faits qui leur arrivent plutôt que dans la considération de leur souffrance. Dans ce cas là on pourrait plutôt parler de réassociation qui remet le sujet en lien avec différentes dimensions de lui-même, avec les faits tels qu'ils sont, dans l'abandon du souci de soi.

Ou encore la dissociation a lieu quand le sujet, confus, expérimente plusieurs dimensions contradictoires, hors de la façon habituelle de penser, et finit par lâcher-prise sur la veille ordinaire. Dans ce cas-là, la dissociation est en fait un préalable à l'expérience hypnotique qui nécessite d'être hors de soi et de sa façon habituelle de se penser.

Le patient décrit des sensations inhabituelles et parfois paradoxales, comme une impression de lourdeur et de légèreté du corps ou des membres, de chaleur et de fraicheur, d'hypo et d'hyperesthésie, la sensation d'une modification du schéma corporel, la sensation d'être à la fois présent et loin, ici et ailleurs, d'avoir une partie de la pensée fonctionnant différemment d'une autre, etc.(248)

Si c'est « l'imagination » qui conduit à « substituer des images mémorisées aux objets réels », un imaginaire qui tient lieu de réalité, ce n'est pas non plus un imaginaire qui apporte du nouveau, un imaginaire fantastique, fou ou poétique comme le souligne Roustang(247). C'est un imaginaire prosaïque qui pourra conduire d'abord et avant tout à une meilleure adaptation. Il permet de sortir du réel figé, étroit, douloureux en allant puiser dans les ressources, dans les possibles effectifs déjà présents, masqués par les symptômes. Ce n'est pas une imagination qui imagine, mais une imagination qui voit ce que, sans imagination, avec un regard conformiste et habitué, il était impossible de voir. Mais pour voir, il faut se laisser aller à toutes les images et les substitutions qui émergent quand la surcharge cognitive de l'induction crée une confusion ou il devient impossible de penser. *« Il est facile de comprendre pourquoi les images mémorisées qui se substituent aux objets réels sont susceptibles de guérir. Elles ne nous font pas entrer dans un autre monde. Elles éclairent celui de tous les jours. » « La transe, qui laisse les perceptions sans hiérarchie et sans ordre, réveille à la surface la multitude des impressions qui n'ont jamais été traitées et qui dormaient, en attente. » (F. Roustang)*

Le sujet a également l'impression, du fait de la dissociation, de ne pas être complètement à l'origine de ses propres actions. Cette action est même souvent recherchée par le thérapeute qui fait ressentir, constater au patient, que son cœur bat, que ses poumons respirent, qu'il ressent beaucoup de choses sans avoir rien à y faire, que le corps possède en lui des ressources pour fonctionner. Constater cela est propice au lâcher-prise des tentatives de contrôles caractéristiques de l'état anxieux.

D'autres indices psychologiques sont appelés logique de transe (« trance logic »). Il s'agit d'une forme de réceptivité au discours, qu'on appelle l'interprétation littérale. Les mots sont pris à la lettre, sans nuance, dans leur signification concrète et immédiate. Le sujet présente une tolérance au scénario qui lui est proposé même quand ça n'a pas de sens(248). On dit aussi qu'en transe (mais c'est aussi un peu le cas dans la vie de tous les jours) « l'esprit n'entend pas la négation ». Ainsi « n'ayez pas peur » sera reçu comme un message de peur. Et si je vous dis « ne pensez pas à un ours blanc »... Ainsi le thérapeute éricksonien fera attention à ses formulations.

En transe on constate un certain relâchement des associations, la pensée est plus analogique que digitale, et le langage non verbal prend une grande importance. Une distorsion temporelle a lieu, certains patients pensant passer 5 minutes dans le cabinet alors qu'une heure est passée ou inversement, une production d'images abstraites ou concrètes avec des émotions ou des souvenirs est facilitée. La capacité de se focaliser sur le présent, particulièrement utile aux anxieux, est augmentée ainsi que les capacités à se projeter dans le futur, particulièrement utile aux dépressifs.

Comme il est difficile de répondre précisément à la question de la description de l'état hypnotique, on a recours à un moyen détourne en décrivant les différentes manières dont on use pour l'induire. De très nombreux exercices sont possibles pour « suggérer » un changement, mais les suggestions obéissent à des règles techniques particulières de sémantique et d'intonation.

♦ *La technique et la rhétorique hypnotique*

La technique hypnotique cherche à induire la transe, et à favoriser la transmission d'un message fait de suggestions dans l'intention d'influencer le patient vers la guérison. Il s'agit dans ce chapitre d'expliquer quelques outils utilisés dans l'hypnose éricksonienne et non pas de donner un « cours d'hypnose » car son utilisation nécessite une formation dans un institut sérieux ou dans le cadre d'un diplôme universitaire. Il existe en effet des instituts « de formation » qui ne sont hélas pas encadrés par des médecins ou des professionnels de santé. Dans le cadre de l'hypnose en France, l'affiliation à la C.F.H.T.B. est sûrement le meilleur gage d'une formation de qualité.

Plusieurs étapes ont lieu dans une séance d'hypnose. La première est appelée l'induction. Première étape du processus, elle permet au sujet d'accéder à l'état d'hypnose. Elle est de durée variable et différentes techniques sont possibles. La plupart du temps elle débute par une focalisation de l'attention sur un des canaux sensoriels. En général on s'appuiera sur le canal sensoriel préférentiel, par exemple en faisant fixer un point pour les visuels, ou en faisant se focaliser sur un bruit (par exemple la respiration) pour les auditifs. Cette manœuvre vise une dépotentialisation de la pensée consciente(248) en faisant focaliser sur quelque chose pendant que la vigilance et le contrôle disparaissent ou s'atténuent.

Mais l'induction peut aussi se faire par une métaphore, par un des exercices d'hypnose comme une lévitation du bras ou une catalepsie, ou de façon conversationnelle. C'est-à-dire que sans être complètement dans cette description étatiste, on peut constater que de nombreux phénomènes peuvent être obtenus sans qu'une « induction formelle » ait lieu, sans que les « étapes » soient respectées. Certains signes sont parfois présents d'emblée, le patient peut entrer en transe avant même le début de la séance.

Par la suite on peut éventuellement approfondir la transe des degrés de profondeur. Plus les signes sont intenses, la détente profonde, les mouvements difficiles et plus l'hypnose est profonde. Alors le patient est dans l'état de conscience modifié, il pourra recevoir des suggestions visant au changement. Enfin surviendra le réveil : sortie de l'état de transe, avec une réorientation par le thérapeute dans le temps et l'espace. Il est important que le patient reprenne ses esprits avant la fin de la séance.

Dans tous les cas, le thérapeute doit soigner sa façon de communiquer, ce qui lui permet d'ailleurs de se passer d'induction formelle. Il est important par exemple d'utiliser la confusion si l'on veut que le patient lâche prise sur ses cognitions pour laisser place au ressenti. Il est important de parler de façon dissociative, par exemple en ne disant pas que le patient voit, entend ou respire, mais que ses yeux voient, que ses oreilles entendent et que ses poumons respirent. C'est ainsi qu'on lui donne la position d'observateur détaché du vécu subjectif douloureux. Il faut parler un langage imagé, centré sur les sensations, et pas sur des raisonnements complexes qui pourraient faire sortir de transe.

Il est important aussi de se synchroniser sur le patient. On doit parler le même langage que lui, et se synchroniser au niveau posture, et même rythme respiratoire, ce qu'on appellera le pacing. La forme est plus importante que le fond dans la communication hypnotique. Parler pendant le temps expiratoire du patient a un fort effet inducteur.(248). Il est fondamental également de se servir du langage analogique et d'être attentif aux réactions non verbales du patient, souvent plus fidèles à l'image de sa pensée inconsciente.

La confusion aide à la dissociation et à l'entrée en transe en « saturant » d'informations le conscient qui finit par lâcher prise. *« Il est vrai que parfois quand vous ne le voulez pas ça va bien, alors que ça ne va pas si bien quand vous n'êtes pas sur de ne plus vouloir que ça n'aille pas si bien, ou que vous allez bien sans vraiment le vouloir...mais peut-être que vos yeux pourraient se fermer pour laisser tout cela de coté... »*

Les autres outils rhétoriques sont par exemple le paradoxe. Utiliser le paradoxe peut avoir une vertu confusionnante pour introduire la transe, mais peut aussi permettre de résoudre certains problèmes de façon « paradoxale ». Par exemple pour aider le patient à gagner en maîtrise sur sa douleur ou sur son angoisse, on peut lui demander dans un premier temps d'évoquer, de provoquer, voire même d'accentuer la sensation, in situ, dans la séance, afin de l'accepter telle qu'elle est et de pouvoir s'en détacher. Il s'agit de pouvoir, non plus subir, mais observer, voire agir sur le problème, ce qui change le point de vue. L'expérience clinique montre que la souffrance vient souvent de l'angoisse, mais aussi, et peut-être surtout, des tentatives de contrôle vouées à l'échec.

Encore une fois, l'esprit n'entend pas la négation, les patients passe un temps important à se dire qu'il « ne faut pas s'angoisser ». L'anxiété anticipatoire, véritable « peur de la peur », prend le pas sur l'émotion de départ qui posait problème. En hypnose on peut par exemple demander au patient d'éprouver de l'angoisse, et de constater ce que cela fait dans son corps, dans ses sensations, et de se demander comment on pourrait changer légèrement cette sensation. Un extrait d'un livre de M.Albom évoque cette idée d'habiter la sensation pour s'en détacher, même s'il ne parle pas d'hypnose, il nous a semblé que Roustang ne désavouerait pas certaines idées avancées par le personnage principal(6).

« Le détachement ne signifie pas que tu ne dois pas laisser l'expérience te pénétrer. Au contraire, tu la laisses te pénétrer pleinement. C'est ce qui te permet de t'en séparer. [...] Si tu retiens tes émotions, si tu ne t'autorises pas à les vivre d'un bout à l'autre, alors tu n'arrives pas à t'en détacher, tu es trop occupé par ta peur. Tu as peur de la douleur, peur du chagrin, peur de la vulnérabilité qu'entraîne l'amour. Mais en te jetant dans ces émotions, en te permettant de plonger dedans, jusqu'au fond, et même au-delà, tu les ressens pleinement, complètement. Alors tu sais ce qu'est la douleur. Tu sais ce qu'est l'amour. Tu sais ce qu'est le chagrin. Et seulement alors, tu peux dire : 'D'accord, j'ai éprouvé cette émotion. Je l'ai reconnue. Maintenant j'ai besoin de m'en détacher un moment.' [...] Dès qu'il reconnaît ces émotions, à leur texture, à leur moiteur, au frisson qu'elles font courir le long du dos, à la bouffée rapide de chaleur qui traverse le cerveau alors il peut se dire : 'Bon, c'est la peur, [...] je ne suis pas obligé de la laisser me dominer. Je la vois pour ce qu'elle est' »

L'hypnose tente de travailler le problème tel qu'il est ressenti, et les problèmes psychiques se traduisent souvent par des phénomènes physiques, le dualisme n'étant qu'un mythe. Il ne s'agit pas de remonter à la source du problème, l'hypnose refuse le déterminisme et n'a pas besoin de la recherche de causes pour initier le changement. Il s'agit plutôt d'aborder le problème tel qu'il est, ici, maintenant, et dans le corps. Par le travail actif, et les différentes phases de travail parfois même difficiles, l'hypnose ne peut être réduite à sa dimension de relaxation.

Erickson utilisait des truismes, c'est-à-dire le fait d'énoncer des évidences. L'acceptation de ces évidences permet au patient de ne pas discuter, ce sont des mises à plat sécurisantes qui permettent au patient de se centrer sur le vécu intérieur. Elles peuvent aussi servir à faire accepter en bout de course par le système de la « yes set », une série d'affirmations indéniables avec une

ultime affirmation en forme de suggestion. « Vous êtes là, dans ce fauteuil, assis, à essayer de trouver une solution à votre problème, après avoir beaucoup cherché de solutions, et vous vous êtes dit que l'hypnose pourrait vous aider... ». L'amalgame utilise une information évidente associée a une information aléatoire : « vous êtes dans mon bureau vous êtes assis et vous trouvez une solution au problème » L'impulsion des premières affirmations induit la facilité et l'évidence, puis un autre message est donné...

Les suggestions peuvent être directes (« *Fermez les yeux et vous allez voir apparaître une image* ») ou indirectes *(« Peut-être qu'une sensation différente va apparaître, dans le bras droit ou bien le gauche »*), elles peuvent s'exprimer dans un langage dissociatif ou confusionnant *(« Je ne sais pas si vos yeux vont se fermer avant ou bien après que je l'aurai dit. »*). Plusieurs outils améliorent les suggestions : la dissociation et le truisme comme on l'a vu, mais aussi l'implication : c'est la clé de la suggestion indirecte. Il faut utiliser une association qui entraîne une réponse autonome et implique le patient dans une démarche de réussite. *« Quand on est assis dans un fauteuil on peut alors facilement rentrer en hypnose » « Quand j'aurai compté jusqu'à cinq alors vous commencerez à sentir un changement au niveau des pieds, ou bien des mains. »* La suggestion négative permet de contourner une résistance : *« je ne sais pas si vous pouvez imaginer le moment de votre réussite »*. Cet outil permet au patient de dire oui ou non, sans pour autant perdre le lien de confiance. Le double lien donne une illusion de choix au patient et l'aide à entrer dans l'expérience du changement : *« Je ne sais pas si vous allez ressentir une sensation dans le bras gauche ou droit »*. Le faux choix sous-entend que quelque chose se passe.

La suggestion gagne à rester ouverte : il est présomptueux de penser que l'on peut donner la bonne suggestion, celle dont le patient a besoin au bon moment. C'est d'ailleurs ce qui limite les études cliniques et a entraîné Erickson, qui cherchait à individualiser le traitement, à s'opposer à Hull qui, comme chercheur, recherchait le protocole universellement applicable à la recherche. Il faut donc pouvoir donner différentes possibilités, afin que l'inconscient du patient choisisse ce qui est approprié.

D'autres outils sont plus élaborés. La métaphore est également caractéristique du travail d'Erickson qui racontait beaucoup d'histoires à ses patients. La métaphore doit être isomorphique, c'est-à-dire qu'elle doit correspondre de façon imagée au problème du patient, pour pouvoir faire émerger une dissociation entre réalité immédiate et ailleurs lointain. La métaphore est facilement acceptée, peu dangereuse, elle fait tomber les résistances, et permet de réfléchir autrement sans être apparemment trop impliqué. Elle conserve l'essentiel du processus en l'habillant d'un autre contenant : elle est isomorphique mais aussi évolutive, c'est-à-dire qu'elle porte en elle-même la dynamique de changement.(248)

De façon moins élaborée, la métaphore ne prend pas toujours la forme d'une histoire mais d'un représentant de la maladie dans l'imaginaire du patient. L'inconscient s'exprimant par images, l'utilisation de métaphores est généralement bien acceptée, surtout si elle vient du patient. *« Ca me fait comme une boule dans le ventre » « Et comment est cette boule ? A-t-elle une forme ? Une couleur ? Que fait-elle pour vous faire souffrir ? Peut-on changer quelque chose de cette boule ?... »*. C'est véritablement entrer dans le monde du patient. Par ailleurs cette technique permet l'externalisation du symptôme, pour éviter l'identification au problème et l'enkystement.

D'autres outils peuvent être la projection dans l'avenir. *« Pouvez-vous vous représenter quand votre thérapie sera finie, et profiter des sensations qui vous montrent que le problème est résolu… »* Ou bien la régression dans le passé, mais qui ne doit en aucun cas servir à « chercher des souvenirs enfouis » (l'hypnose ne peut « rendre la mémoire », et ce mythe lui a causé bien du tort). Au contraire le retour dans le passé doit servir à retrouver des ressources. *« Pouvez-vous faire venir les sensations qui étaient les vôtres avant votre dépression ? Pouvez vous visualiser comment vous gériez le quotidien ? »*

Il existe de nombreux autres outils, mais l'essentiel dans l'hypnose, au-delà de l'état hypnotique ou des outils techniques, est le processus relationnel.

♦ *La relation hypnotique*

Déjà Mesmer constatait que *« Pour être en mesure de guérir, il faut d'abord établir une relation étroite avec son malade, c'est-à-dire en quelque sorte, se mettre en harmonie avec lui »*. Pour Puységur : *« La confiance devra toujours être le préliminaire des secours qu'on attendra. »*(86). A partir de Faria, puis avec Bernheim c'est la suggestion qui est à l'origine de la relation thérapeutique. Janet et Freud, chacun à leur façon l'utilisent pour opérer une catharsis. Elle tombe alors en désuétude, et les travaux précédents sont relégués à l'atmosphère confinée de laboratoires confidentiels, sans lien avec la clinique pour des dizaines d'années. Elle est relancée en tant que thérapeutique par des praticiens comme Erickson, puis Chertok ou Roustang.

Les avancées et les écrits de ces thérapeutes, ainsi que les recherches menées dans le domaine de la thérapie brève, et la psychothérapie en général, ont permis d'affirmer l'idée que c'est bien la relation qui guérit dans toute thérapie et que l'efficacité de l'hypnose tient au fait qu'elle contribue à la mise en place d'une relation très particulière. Remarquons pour débuter que la psychothérapie est bien le traitement de l'être humain par des moyens psychiques et non le traitement du psychisme malade. S'il en était ainsi, la pharmacothérapie serait le soin des médicaments malades et la phytothérapie, celui des plantes… Dans cette acceptation propre du terme, la psychothérapie est légitimement un domaine naturel de « non-psychothérapeutes » tels que les médecins généralistes, dentistes, anesthésistes, bien sur addictologues ou autres, qui traitent les angoisses de leurs patients. Cela ne veut pas dire que toutes les spécialités soient habilitées à traiter des maladies affectives ou mentales explicites mais que les aspects relationnels thérapeute-patient peuvent dépasser le cadre de la psychiatrie.

L'hypnose est un savoir faire relationnel mêlant une relation spécifique de la conduite de l'attention à l'art de l'influence. Penchons nous un peu plus précisément sur la relation thérapeutique et la relation hypnotique dans ce qu'elle a de particulier. C'est sûrement le plus important puisqu'il semble que c'est la qualité de la relation qui guérit et non les phénomènes. Il y a peu de possibilités fiables pour mesurer objectivement les états d'âme d'une personne, un thérapeute ne peut que s'en remettre à sa propre subjectivité participante pour sonder la réalité subjective du patient. La construction théorique permet pour le praticien d'avoir une certaine assurance. Une technique lui permet de mettre un peu de distance pour ne pas être uniquement dans un jeu de deux subjectivités collées et indistinctes. Mais techniques et théories ne sont que très secondaires par rapport à l'efficacité d'une thérapie. Utilisées seules et à outrance elles affaiblissent la relation en creusant la distance.

Pour le patient, un thérapeute doit être humain, respectueux, compréhensif, digne de confiance, et enfin seulement, compétent. C'est donc encore une fois la qualité de la relation qui prime. Une relation rassurante est indispensable mais elle ne suffit pas pour être thérapeutique. La relation thérapeutique en général présente quelques caractéristiques (300):

1. Elle est asymétrique. Elle se construit dans un cadre déterminé, celui du soin, ce qui la distingue, malgré l'écoute et l'empathie, d'une relation d'amitié par exemple, construite sur la mutualité. Elle est peut-être même encore plus asymétrique que dans d'autres relations de soins : un dentiste peut se faire soigner sur le fauteuil d'un collègue puis inverser les rôles. On imagine difficilement cela en psychothérapie.

2. Elle comporte une part de régression, d'intensité variable, mais dans laquelle ne se trouve pas l'interlocuteur thérapeute. C'est une caractéristique des relations de soin, pas de toutes les relations d'aide. C'est ce qui la distingue par exemple, d'une relation à un prestataire de services, comme un garagiste. En thérapie l'objet de l'aide n'est pas extérieur à la personne, c'est la personne requérante elle-même.

3. Elle comporte une part de transfert. Même si ce terme emprunté à la psychanalyse est parfois connu sous d'autres appellations, il désigne grosso modo le même phénomène : les attentes du patient qui surviennent dans la relation sous forme de projections inconscientes. De telles projections peuvent se manifester comme attentes magiques et idéalisantes, ou sous formes d'attitudes dévalorisantes, méfiantes ou même hostiles. Dans toute relation thérapeutique il y a une part de transfert, qui peut, selon la situation, devenir un véritable piège.

4. Elle est équilibrée malgré son asymétrie. C'est-à-dire que chacun doit y trouver son compte, le patient par le soin qu'il reçoit, le thérapeute par sa satisfaction professionnelle et son honoraire.

Et 5.elle est abstinente. L'abstinence ne signifie pas renoncer à toute forme d'implication de sa personne ou d'activité. Mais il doit s'abstenir de tenter de réaliser ses propres désirs sur son patient, pour ne pas y enfermer le patient et lui laisser de l'espace. Les désirs non abstinents du thérapeute peuvent se nicher par exemple dans son narcissisme : le thérapeute ayant besoin d'être particulièrement doué, mettra son patient sous une pression implicite d'être un « bon patient », moins libre d'exprimer ses propres préoccupations.

La relation hypnotique comporte d'autres spécificités : le lâcher-prise, la dissociation, l'intralocution, la possibilité de dissolution du transfert.

Observons ce qui se déroule dans une séance : une personne est assise ou semi-allongée, yeux fermés, relâchée, semblant déconnectée du monde extérieur, « s'abandonnant », parlant peu. L'autre personne est plus active, parle à la première personne sur un ton monocorde et doux, semble également ne plus trop prendre note du monde extérieur, le regard fixé sur l'autre. Cette relation semble montrer quand on l'observe une certaine proximité thérapeute-patient, mais sans signe visible d'une « attirance » réciproque, d'autant plus que le contenu de la communication est très particulier, avec une certaine neutralité dans les échanges mais qui ne ressemble pourtant pas à de l'indifférence au contraire.

Elle ressemble pour plusieurs auteurs à la relation mère-nourrisson. La mère chante des berceuses, apporte calme et sûreté à son bébé, il existe une proximité mais sans « désir passionné ». Tout est calme et la communication permet un lâcher prise commun. La scène est certes dirigée par la mère, mais le vécu est commun, et l'influence mutuelle, sans intention volontaire. Cette influence n'a rien à voir avec de la manipulation (expression de désirs du moi et de demandes indirectes), le désir de la mère n'est pas de façonner son bébé selon sa volonté, pourtant elle l'influence intensément. L'influence de la mère permet presque « paradoxalement » l'activation de son individualité et le renforce dans son développement psychique en créant un cadre sécure. Les observations des premiers liens mère-bébé comme dans les travaux de Winnicott, Bowlby ou Stern nous le montrent bien.

Dans l'hypnose le patient consent à fermer les yeux, ou bien les gardes ouverts et le regard fixe. Ce changement minime est un signe du changement relationnel. Le patient abandonne son contrôle visuel sur le monde, qui reste le plus primordial à l'état de veille normale, et ce « détail » change tout. Un simple relâchement des paupières ou des fonctions visuelles entraîne des conséquences sur la façon d'appréhender le monde. Il ne lui reste que la voix du thérapeute comme lien à l'extérieur, la relation et la situation sont assez sûres pour renoncer à la vigilance visuelle, et c'est déjà le début du lâcher prise. Implicitement, coupé de la mimique et de la gestuelle du thérapeute, le patient fait confiance à la situation extérieure, à la relation, et accepte de renoncer à un savoir. Commence donc une entrée dans le non-savoir partiel ou, en d'autres termes, de lâcher-prise temporaire.

Au fur et à mesure les autres savoirs que visuels cèdent aussi. Le savoir sur le monde, nos idées, nos envies, nos perceptions internes lâchent prise, le complexe cognitif autour de l'identité consciente perd de sa signification, laissant s'éveiller implicitement la possibilité d'être autrement. C'est donc une relation extrêmement favorable au lâcher prise, caractéristique centrale du vécu hypnotique.

Le patient est déconnecté de l'extérieur et dirigé vers son monde intérieur, mais connecté au thérapeute. Conjuguer une telle introversion et l'écoute d'une voix visuellement non contrôlable est une tâche difficile à accomplir pour les mécanismes ordinaires conscients du moi. La réponse est encore une fois le lâcher prise, et la confiance que l'inconscient – peu importe ce qu'on y met exactement – trouvera une solution.

Les mots, sans regard et sans mimique, sans contexte, retrouvent la multiplicité de leurs sens. Ils sont dissociés de la personne qui les prononce, perdent leur signification liée à l'auteur, ils émergent en quelque sorte d'un « vide relationnel ». Devant ce manque de clarté d'attribution, ils restent en suspens, et sont vécus peu à peu comme émergeants du monde intérieur. Ils sont appropriés par le patient, comme s'ils venaient de lui-même. T. Melchior appelle ce phénomène « intralocution »(195).

Il y a une confiance dans un thérapeute, mais celui-ci glisse malgré tout dans une sorte « d'anonymat » pendant la séance. Contrairement aux idées reçues, le patient ne se livre pas aveuglément à lui. Au contraire, sa personne est insignifiante en tant qu'individu, il est une condition-cadre pour les changements internes. Il sécurise, il protège mais laisse de la place, suggère mais laisse libre, guide avec ses suggestions, propose des idées pour le monde intérieur du patient, mais sans imposer de direction.

Encore une fois, on retrouve des points communs avec les relations primordiales mère-enfant. Il ne s'agit pas de fusion où les individualités ne sont plus respectées et où « toi » et « moi » fusionnent en un « nous » qui est une prison commune. Au contraire, c'est un enrichissement mutuel. Un sourire entre une mère et un enfant n'appartient à aucun des deux, n'est pas l'objet d'une lutte. La perméabilité des limites interpersonnelles ne mène pas à une perte de l'individualité, mais elle crée un champ interpersonnel de créativité, dans lequel la communication inconsciente n'est pas gênée par les limites du conscient.

De même dans l'hypnose, avec en plus les caractéristiques d'une relation psychothérapique (asymétrie, abstinence) maintenues et essentielles. Ainsi, dans le lâcher prise des contrôles conscients, l'argumentation, le besoin de contrôle, la raison, la volonté, l'examen rationnel des choses (mécanismes défensifs et agressifs du moi) s'estompent, car ils ne sont qu'une expression de la volonté de limiter, ils sont devenus inutiles dans cet espace aux limites floues et confuses. Le patient n'est pas privé de sa volonté, elle n'a simplement pas de fonction dans ce cadre. Le monde extérieur est réduit au thérapeute, donc si la confiance dans ce « monde-cadre » est suffisamment grande pour être en hypnose, le monde n'est plus menaçant. Les moyens de défense du moi devenu rigides peuvent être également abandonnés.

L'accompagnement protecteur dans le lâcher prise permet finalement un gain de contrôle sur l'angoisse. Tout comme l'enfant bercé, sa mère qui lui chante une berceuse l'aide à gagner en contrôle sur son angoisse, en le sécurisant dans un lâcher prise. Le patient fait donc l'expérience de pouvoir grandir dans le lâcher prise, expérience accompagnée, qui pourra être introjectée pour la réintégrer dans la vie de tous les jours.

Enfin, d'après F. Roustang on peut se libérer du transfert sous hypnose, caractéristique inattendue d'une relation thérapeutique(245). Pourquoi seule la relation thérapeutique hypnotique, liée à la régression s'il en est, ferait figure d'exception ? Le transfert introduit la problématique affective du patient in situ dans la relation, il actualise un désir inconscient en le projetant sur son thérapeute. En analyse, le thérapeute reste neutre pour être le meilleur écran possible aux projections du patient. Cela permet d'introduire le problème dans la thérapie, de lui donner une vie tangible. Peu à peu, ce dernier reconnait que ces affects étaient le produit du transfert, le but étant que sa perception de la réalité soit moins troublée par ces sentiments.

Mais dans l'hypnose, le thérapeute est le cadre du langage intérieur. Si c'est réussi, s'il est une condition-cadre protectrice et anonyme, si l'intralocution opère, il n'y a donc personne sur qui projeter les désirs inconscients. Plus l'hypnose est profonde, et moins il y a de transfert. Les désirs ne trouvent pas de « victime » à l'extérieur et se manifestent sous formes d'images intérieures. Cela évite l'attribution d'affects positifs sur le plan conscient (une aide) et négatifs sur le plan inconscient (une menace d'un père violent par exemple). On contourne ce conflit, sans pour autant éviter la confrontation aux émotions, mais sous la forme d'images symboliques ou réellement (re)vécues. Bien sûr, cela n'est surement jamais parfait, et demande de l'expérience, il n'y a pas d'hypnose « pure ». Mais cela évite peut-être une certaine dose de parasitisme, « d'encombrement » de la relation, et peut raccourcir la longueur de la thérapie.

« En hypnothérapie il n'y a pas de transfert. On ne laisse pas le patient répéter à l'égard du thérapeute sa manière habituelle d'être en relation. L'attention du thérapeute et du patient se concentre sur le changement qui est à opérer aujourd'hui dans l'existence. Le patient ne s'intéresse

pas pour lui-même à la personne du thérapeute, il attend que ce dernier l'aide à se mettre dans les conditions nécessaires pour que ce changement ait lieu, c'est-à-dire lui ouvre la voie de la transe hypnotique. [...]Disons pour faire bref que la transe hypnotique est le moyen par lequel s'installe une relation thérapeutique dont le but est une modification dans l'existence.» (F.Roustang)

En somme, l'expérience hypnotique « symbiotique », faite d'une proximité sécurisante et réparatrice permet l'expérience accompagnée du lâcher prise, tout en protégeant du transfert le déroulement d'un travail.

Comment établit-on une relation de ce genre, entre deux personnes ne se connaissant guère et en un temps minimal ? Par l'induction. Mais au final, qu'est ce que l'induction ? Sous cet angle, c'est un rituel (toutes les relations sont ritualisées), une structure, un « pense-bête », pour arriver à la relation, pour en faciliter la construction. Un pas est déjà franchi du fait de la simple relation thérapeutique. L'induction aide à établir une confiance et une proximité dans un cadre bien défini, respectant le patient et le contexte. Les patients se passent globalement d'induction pour entrer en transe au bout d'une ou de quelques séances. Cette proximité n'est pas simulée ou jouée, elle est réelle et authentique, comme toute proximité interhumaine, mais en même temps elle ne l'est qu'en tant que modèle, car elle reste asymétrique, abstinente, limitée dans le temps, dirigée vers un but qui n'est pas le besoin de proximité, mais le travail thérapeutique.

L'induction permet par l'établissement d'un lien sécure, un cadre pour le changement et l'évolution. La relation, elle, ne peut se résumer à une série de « trucs » techniques, c'est un travail co-construit, pas-à-pas. Ces réflexions s'appliquent bien sûr aussi aux relations hypnotiques conversationnelles sans transe.

Bien qu'ils puissent se manifester différemment, les « dangers » de l'hypnose sont les mêmes que pour toute relation thérapeutique. Ils surviennent quand un thérapeute quitte son éthique ou son professionnalisme, introduisant ses propres désirs ou sa volonté de toute-puissance dans la relation, quand il quitte l'abstinence, l'asymétrie, ou quand il méconnait un transfert.

L'hypnose n'est pas « magique » et ne fait pas de miracles. Elle agit sur le vécu du patient plus que sur les phénomènes eux-mêmes, et ce, par le biais de la relation. Erickson expliquait que la douleur est un stimulus qui s'inscrit dans un vécu. L'hypnose change ce vécu.

Voyons quelles sont les indications où l'hypnose s'est avérée intéressante.

b) Indications de l'hypnose

Tous les domaines où le psychique et le physique se trouvent mêlés ont trouvé une place pour l'hypnothérapie. Une méta-analyse de Wark en 2008 a répertorié 32 indications possibles de l'hypnothérapie (288). De nos jours, l'application la plus fréquente de l'hypnose est dans le domaine de l'algologie. C'est aussi le domaine où elle est le plus étudiée. On a pu comptabiliser plus de 500 publications en vingt ans. (27) L'hypnose est utilisée pour les douleurs aigues, comme celles des soins dentaires, qui nécessitent souvent anesthésie et anxiolyse, ou de tous les gestes douloureux : examens invasifs sur les patients cancéreux (PL, myélogramme), bronchoscopie(207), gastroscopie, injection et autres. Elle peut être utilisée dans l'urgence.

Elle est beaucoup utilisée dans les maladies douloureuses chroniques (83; 119; 126; 146)comme en rhumatologie, l'algodystrophie, la fibromyalgie(54). D'autres maladies douloureuses

avec une composante psychosomatique y trouvent aussi une application comme le colon irritable(256;291), les gastralgies et ulcérations peptiques(290), en consultation douleur pour les adultes ou les enfants(175).

Les troubles où peut exister une part psychosomatique, douloureuses ou non, sont de plus en plus soignées par l'hypnose : acouphènes(61), maladies dermatologiques, (verrues, psoriasis, alopécie, urticaire, prurit, herpes, érythrodermie, lichen, rosacée, trichotillomanie, urticaire) (257; 259; 258), ou encore asthme(173; 204), obésité et pertes de poids(275)(26). En cancérologie également l'hypnose peut trouver sa place face aux douleurs et à l'anxiété (208; 253), ainsi qu'en soins palliatifs.

Elle a été beaucoup étudiée en anesthésiologie, et c'est surement un domaine où la méthodologie a été parmi les plus strictes(78; 98; 185; 186; 197). De grandes études multicentriques randomisées contrôlées ont comparé des patients sous hypno-analgésie+anesthésie locale versus anesthésie générale, pour des interventions diverses : soins aux brûlés (103), adénectomies, thyroïdectomie ou parathyroïdectomie (77), chirurgie plastique et esthétique(98), interruption volontaire de grossesse(185; 186), et les résultats étaient sur plusieurs points en faveur de l'hypnose. Dans plusieurs études, l'anxiété per et post opératoire est significativement moindre dans le bras hypnose, la douleur n'est pas supérieure, la reprise du travail est plus précoce. Par ailleurs, les doses administrées de drogues sont moins fortes, entraînant des effets iatrogènes significativement moins grands. Enfin, les cytokines pro-inflammatoires comme l'interleukine 6 étaient significativement moindres dans le bras hypnose. Les auteurs rappellent que ces techniques nécessitent néanmoins la bonne coordination de toute l'équipe anesthésique et chirurgicale qui doit opérer dans des conditions très différentes de l'habitude : silence dans le bloc en dehors de la voix de l'anesthésiste, patient non curarisé, confiance absolue dans l'anesthésiste qui en fonction des réactions du patient peut demander à interrompre le geste pour approfondir la transe ou éventuellement administrer une molécule.

Evidemment, en psychiatrie et en psychothérapie, les applications de l'hypnothérapie sont nombreuses. L'hypnose peut se pratiquer seule ou en complément d'une autre thérapie. On peut l'adjoindre aux thérapies brèves pour certaines séquences de thérapie, ou bien en tant que mode de communication (hypnose conversationnelle) tout au long de la thérapie, ou bien même construire l'intégralité d'une thérapie en hypnose.

Certains praticiens l'adjoignent avec la TCC : durant la transe pourra être évoqué le vécu de situations problématiques, l'analyse des schémas comportementaux grâce à la mise à distance possible en hypnose et l'analyse des affects rattachés. Le patient pourra trouver un autre mode de réaction adaptée. Dans cette utilisation de la TCC, il y a moins de part pour les protocoles et le patient est plus actif dans le plan de thérapie, même si ce sont les outils de la TCC qu'on utilise. Le thérapeute peut se servir de la transe pour agir sur les sensations, modifier les croyances erronées, et, par l'apprentissage, proposer d'autres comportements et modes de réaction aux patients. (41) (238).

Certains praticiens pratiquent l'hypno-analyse, tentant de remonter aux origines du refoulement et analysant le transfert au travers de la transe.

L'hypnothérapie est pratiquée sur les addictions(149)(12), en urgence psychiatrique sur l'anxiété, l'angoisse, ou la crise suicidaire(161), sur les troubles anxieux, les phobies(177; 192), stress post-traumatique(265) les dépressions(90; 298), les troubles du comportement alimentaire, en pédopsychiatrie sur de nombreuses indications(138; 131), mais aussi dans la schizophrénie(140). Elle nécessite une utilisation particulière de ses différents outils pour les différentes indications.

c) Voies de réflexions actuelles

♦ *Recherches théorico-cliniques*

En dehors de la recherche clinique, unanimement reconnue comme encore trop pauvre sur la question et devant être développée, il existe deux autres voies de réflexion actuelles : une réflexion théorique sur l'hypnose-thérapie et la relation thérapeute patient, une réflexion en recherches fondamentales qui vient éclairer l'hypnose à la lumière des neurosciences.

Du point de vue théorico-clinique, nous avons déjà rappelé un certain nombre de pensées issues d'ouvrages de F.Roustang qui éclairent beaucoup cette question. Pour Roustang l'hypnose est une sorte de « super-éveil », une « veille généralisée » ou perceptude. De ce point de vue, le même nom servant d'étymologie pour les phénomènes observables en hypnothérapie et les médicaments induisant le sommeil est une assimilation sémantique bien peu pertinente que nous devons à J.Braid. Il est vrai que les effets analgésiques, et la ressemblance de la transe profonde avec le sommeil, expliquent le télescopage linguistique opéré par Braid. Mais plus encore que la description d'un état, les recherches actuelles menées par Roustang, Benhaiem et Richard à Paris, mais aussi par d'autres penseurs de l'hypnose à travers le monde, amènent à penser l'hypnose non pas comme un état figé, mais comme un processus dynamique.

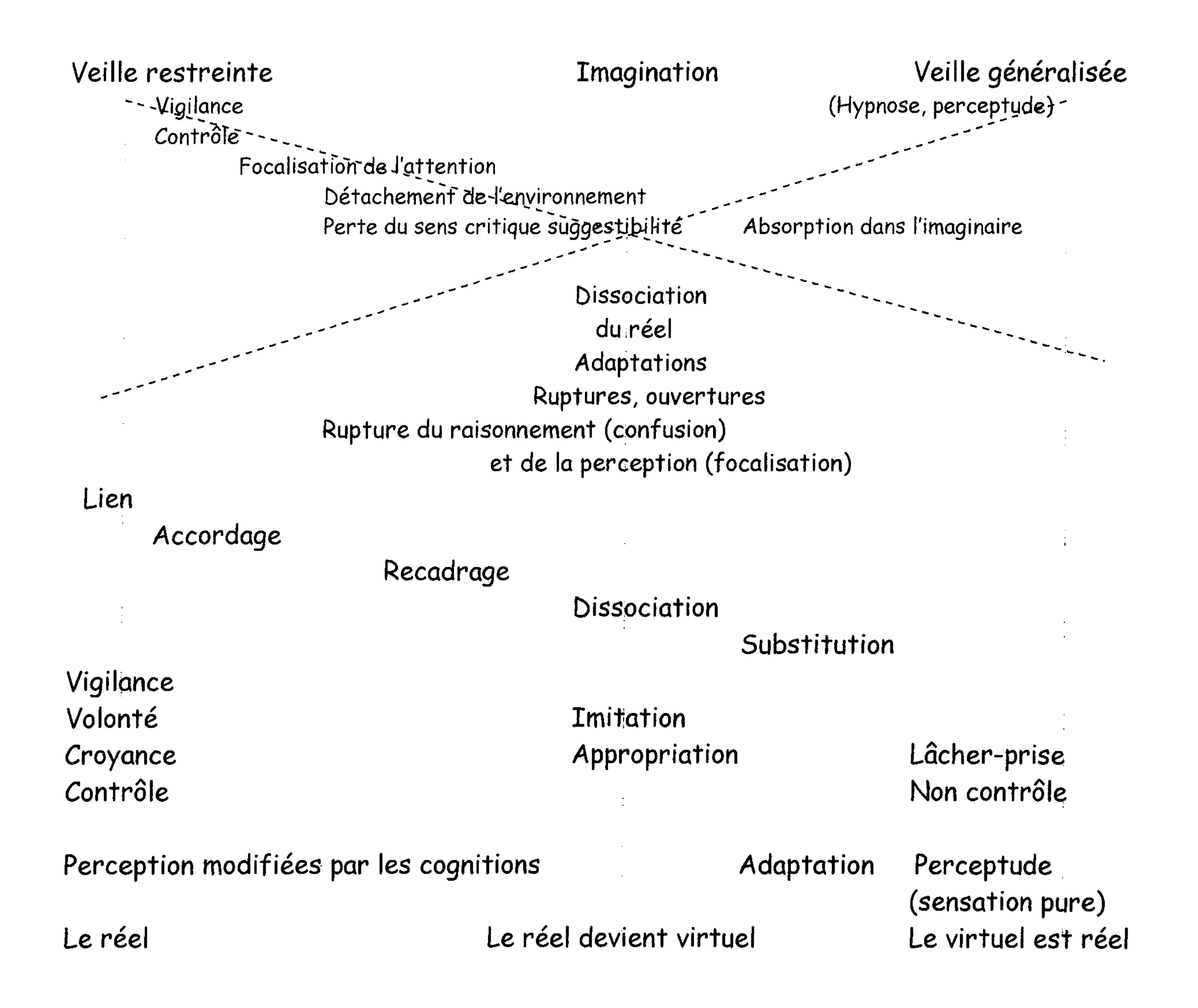


Figure 1 adaptée de Benhaiem, Richard et Roustang, 2005(28; 29)

Le patient est toujours en mouvement parmi ces étapes. On lui demande de se focaliser sur une perception, on réduit les stimuli, peu à peu il se détache de son environnement, se retournant sur lui-même grâce à cette isolation sensorielle progressive. La restriction sensorielle entraîne une dissociation du réel, une dissociation entre les perceptions, les sensations et l'imagination. Le réel perd de son poids. Une ouverture peut se faire vers le recadrage, la réinterprétation des vécus, une recherche de ressources. Lors d'angoisses ou de stress traumatiques, le patient subit une restriction de son champ de perception qui se focalise sur le traumatisme ou l'angoisse. Il connaît aussi une confusion, une perte de repères mais qui l'immobilise. Il est comme bloqué au milieu du schéma, dans la prostration, la plainte répétitive. L'hypnose permet une sortie de cette immobilisation, voire de cette dissociation, en s'appuyant sur les mêmes mécanismes qui ont mené au trouble, mais en proposant une ouverture, une mobilisation. Il est « décidé » que le patient a les ressources pour résoudre la complexité qui l'a immobilisé. La relation hypnotique permet un réaménagement, une redistribution des éléments vécus, un autre positionnement autorisant les changements corporels et psychologiques.

- *Hypnose et neurosciences*

Concernant la confrontation entre hypnose et sciences fondamentales, la controverse de Charcot et Bernheim semble aujourd'hui close, attendu que tous les chercheurs s'accordent sur

l'idée que l'hypnose n'est pas l'apanage de l'hystérique, et qu'elle est liée d'une façon ou d'une autre à la suggestion. Mais au-delà de la nature même de l'hypnose, cette querelle illustre deux positionnements

. Soit dans un raisonnement expérimental, il existe un « état » hypnotique, différent de l'état « normal », qui peut être défini par des signes spécifiques. Même si on ne le considère plus comme pathologique, il peut être présenté comme radicalement différent de l'état de veille. Ce sera le positionnement des « étatistes », et de ceux qui étudient l'hypnose de façon expérimentale.

. Soit l'on adapte la méthode à chacun des patients, on se place dans le domaine de l'expérience vécue, et il y a un phénomène de continuité entre un phénomène ordinaire (pour Bernheim, la suggestion) et un phénomène extraordinaire, l'hypnose. C'est l'idée à l'origine de la psychothérapie.

Si la plupart de ceux qui pratiquent l'hypnose thérapeutique prennent le parti de l'expérience vécue, une analyse scientifique de l'hypnose nécessite un positionnement expérimental. Les neurosciences se sont intéressées à l'hypnose surtout depuis la dernière décennie. Elles ont pu montrer notamment que l'état du cerveau sous hypnose est différent de l'état de base, et que les suggestions pouvaient avoir un effet spécifique sur les structures cérébrales.

Pour le professeur Rainville, directeur de recherche à l'université de Montréal, les neurosciences nous informent sur les modifications perçues en hypnose, et l'étude de l'hypnose par les neurosciences fait avancer l'état des connaissances sur les états de conscience (233;236). La recherche en neurosciences peut à la fois contribuer à la compréhension des phénomènes hypnotiques, et bénéficier des méthodes hypnotiques pour l'étude des fonctionnements neurologiques des fonctions perceptives, motrices et cognitives. Les méthodes modernes d'imagerie cérébrale fonctionnelle nous permettent aujourd'hui d'examiner indirectement l'activité du cerveau (reposant sur le couplage fiable entre l'activité neuronale et l'augmentation circonscrite dans le temps et dans l'espace du débit sanguin). Les résultats des études sur l'hypnose ont des répercussions importantes sur l'interprétation des mécanismes physiologiques et psychologiques en jeu.

Sans prétendre à l'exhaustivité concernant le lien entre hypnose et neurosciences, qui pourrait faire en soi l'objet de nombreux travaux, nous nous proposons simplement de comparer certaines données constatées cliniquement ou supposées empiriquement, avec les données de la littérature neuroscientifique moderne.

- **L'hypnose est-elle en lien avec le sommeil ?**

De façon générale, les états hypnotiques ne présentent aucune des caractéristiques éléctrophysiologiques du sommeil, comme en témoignent les tracés éléctroencéphalographiques (94) qui ressemblent plus à un « éveil calme ». L'activité dite « gamma » du cerveau a été détectée comme plus faible chez les sujets hypnotisables, et plus flexible puisqu'elle augmenterait chez ces mêmes sujets au début de l'induction (alors qu'elle diminue chez les sujets hautement susceptibles) pour ensuite se répartir de façon asymétrique d'après l'équipe de De Pascalis(71-74). Ces recherches n'ont été menées que par peu de chercheurs. Néanmoins, l'activité EEG n'est aucunement

caractéristique ni stéréotypée en hypnose, même si elle suggère une flexibilité gamma plus importante sous hypnose, particulièrement chez les sujets très hypnotisables.

Par ailleurs, d'autre études en imagerie cérébrale ont permis de montrer que c'est bien les circuits attentionnels et non pas ceux du sommeil qui étaient sollicités dans l'hypnose(236).L'hypnose porte donc mal son nom, elle n'est pas un état de sommeil, mais au contraire de pleine conscience.

- **L'hypnose est-elle un état de conscience objectivable?**

L'imagerie cérébrale moderne fournit des méthodes de choix pour la neurophénoménologie expérientielle, une approche qui a pour objectif d'établir une correspondance fonctionnelle entre activité du cerveau et expérience subjective.(228). L'interprétation expérientielle de l'hypnose propose que les réponses des sujets soumis à une procédure hypnotique, reflètent directement des changements « véritables » de leur expérience subjective. A l'opposé de cette position sont les interprétations psycho-socio-contextuelles, qui envisagent l'hypnose comme un « jeu consenti » entre deux personnes.

La progression des neurosciences cognitives permet aujourd'hui de poser des hypothèses très précises quant aux régions cérébrales impliquées dans différents aspects de l'expérience subjective, particulièrement perceptive sensorielle. Cela permet d'évaluer si les changements subjectifs rapportés par les sujets soumis à une procédure hypnotique reflètent des changements « véritables » dans l'activité des régions cérébrales qui sous-tendent normalement ces expériences.

Seules quelques études permettent de séparer les composantes « induction » et « suggestions », et confirment qu'ils dépendent de mécanismes cérébraux au moins partiellement distincts. Dans ces études menées notamment par les équipes de Rainville au Québec ou de Faymonville en Belgique(99; 232; 235; 184), la comparaison de l'activité mesurée immédiatement avant et après l'induction hypnotique démontre des changements, robustes et convergents entre les études(233), dans l'activité de plusieurs zones du cerveau (voir pour exemple les figures 2 et 3).

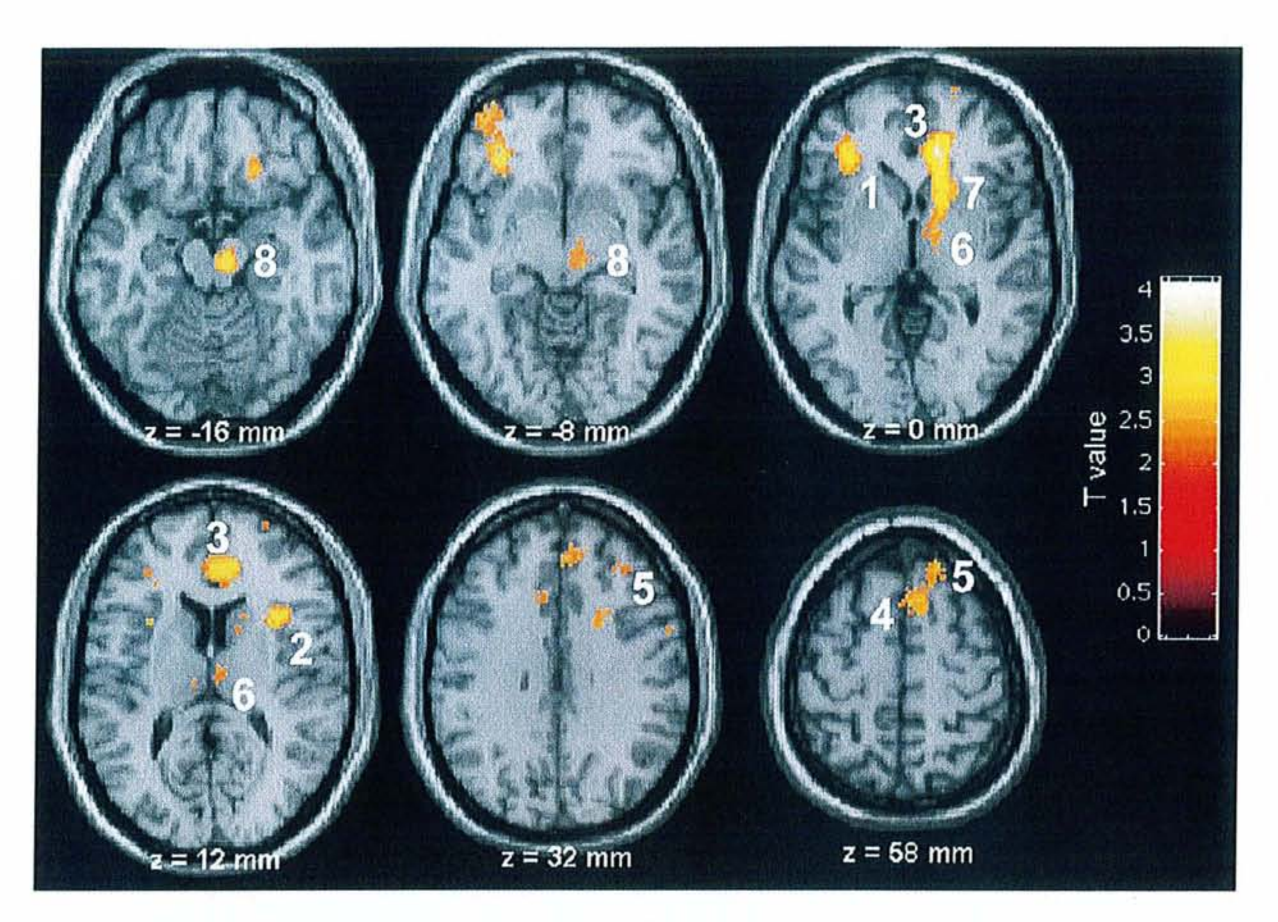


Figure 2 zones dans lesquelles le débit sanguin est augmenté en hypnose dans cette étude : 1 et 2 cortex insulaire ; 3 Cortex cingulaire antérieur dorsal ; 4 Cortex moteur pré-supplémentaire ; 5 Gyrus frontal supérieur ; 6 thalamus droit ; 7 Noyau caudé droit ; 8 tronc cérébral

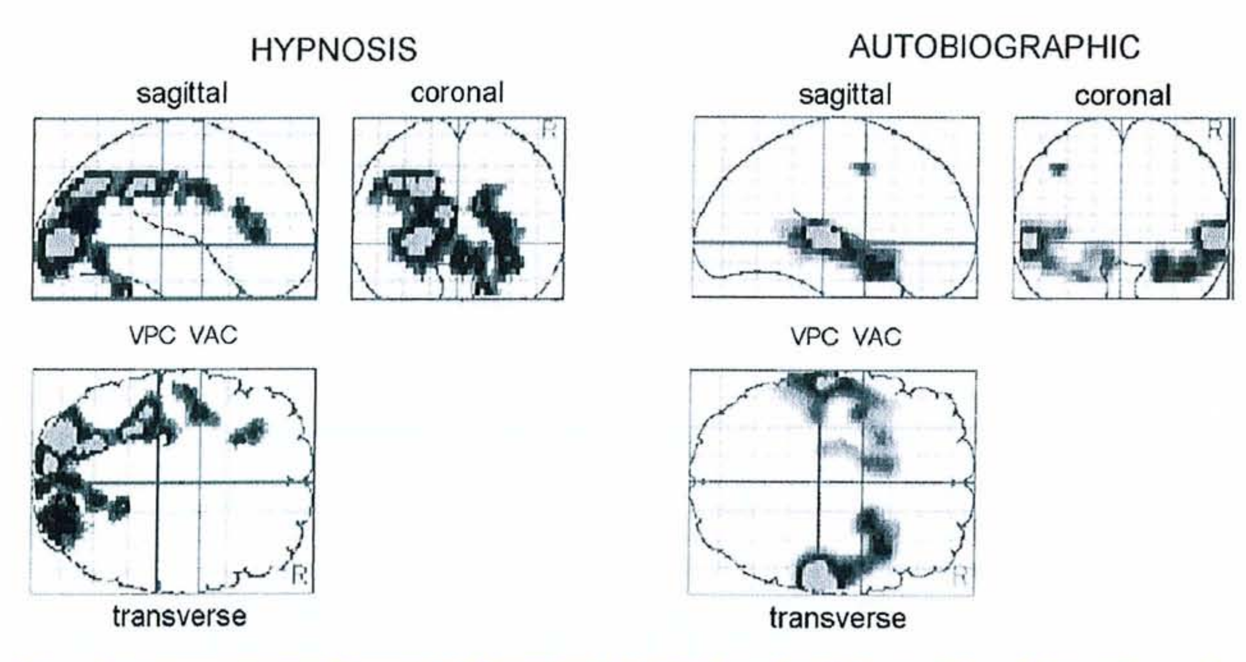


Figure 3 comparaisons entre état normal et hypnotique du point de vue du débit sanguin lors de la reviviscence de souvenirs autobiographiques.

Figure 2 et 3 Source : Source : Faymonville et al. 2006 (99). Exemples des résultats d'une des études d'imagerie cérébrale pendant l'état hypnotique.

Ces différentes études rapportent toutes des augmentations du flot sanguin dans des zones corticales occipitales (cortex visuels), frontales gauches ou droites, et dans le cortex cingulaire antérieur droit, et des diminutions dans les cortex temporaux et pariétaux, en particulier sur la face médiane des hémisphères. Ces changements toujours similaires sont en faveur de l'hypothèse neurophénoménologique, à savoir l'existence d'un état hypnotique différent de l'état de base, repérable avec ce patron d'activation cérébrale.

Plusieurs conclusions découlent de ces résultats. Premièrement, il est clair que l'état hypnotique ne reflète pas simplement un engagement prépondérant de l'hémisphère droit et un désengagement de l'hémisphère gauche, tel qu'il a été suggéré dans des modèles théoriques passés. Deuxièmement, les augmentations importantes dans l'activité frontale ne concordent pas avec l'hypothèse d'une démobilisation des fonctions exécutives du cerveau pendant l'hypnose, mais plutôt avec une participation active de ces fonctions à l'état hypnotique.

La diminution de l'activation pariétale et temporale aurait pour corrélat la désorientation dans le temps et dans l'espace que l'on rencontre en hypnose. La fonction du cortex cingulaire antérieur dans le cerveau n'est pas complètement établie. Du fait de sa position particulière entre le cortex et le sous-cortex, certains estiment qu'il serait à l'origine de la possibilité d'associer ou non un stimulus (perception corticale) avec une émotion ou un souvenir (mémoire et affects étant l'apanage du sous-cortex).Dans cette hypothèse, l'état hypnotique activant fortement cette zone pourrait être à l'origine de la réinterpréation des contenus de conscience, en donnant la possibilité accrue d'associer autrement des images, des sensations, des souvenirs et des émotions.

Enfin, les changements de l'activité occipitale présentent un intérêt particulier. En effet, les sujets avaient les yeux fermés pendant toutes les conditions expérimentales (hypnose et contrôle), et l'augmentation d'activité dans ces cortex visuels pourraient témoigner d'un engagement de processus d'imagerie mentale pendant l'hypnose (184). Toutefois, plusieurs observations suggèrent que cette observation est incomplète car des études où ont été exclues toute suggestion d'imagerie mentale retrouvent les même données (232;235). De plus, les auteurs font remarquer que la diminution de débit dans le cortex pariétal médian contraste avec l'augmentation normalement observée dans les études sur l'imagerie mentale visuelle volontaire. Cette augmentation occipitale est corrélée à une augmentation de l'activité EEG lente, et à l'augmentation de la relaxation. Ce ralentissement EEG diverge de la réponse attendue lors de l'imagerie mentale visuelle active.

Des études indépendantes (n'impliquant ni imagerie mentale visuelle ou hypnose) montrent qu'un ralentissement de l'EEG occipital se traduit par une augmentation du débit sanguin occipital lors d'une diminution de la vigilance. Ces études suggèrent qu'à l'état de veille normale, l'activité corticale des régions sensorielles est sous le contrôle de mécanismes inhibiteurs soutenus, impliqués dans la régulation des informations sensorielles. Il est possible (232)que ces mécanismes inhibiteurs se détendent pendant l'hypnose et que cela facilite l'imagerie mentale spontanée, et éventuellement l'altération des expériences sensorielles par des suggestions ciblées, engageant des processus cognitifs descendants (« top-down »)(227).

Price (227) a repris et analysé de façon statistique et précise les éléments qui étaient recherchés par l'induction et vécus par les patients, et les a classifiés en deux modalités principales. Les instructions données visent d'une part à une relaxation mentale avec concentration sur les paroles du praticien, d'autre part à un désintéressement des sources externes de stimulation ou des

pensées non pertinentes. Ces procédures produisent généralement un sentiment subjectif de relaxation et de fluidité mentale (« mental ease ») et un état d'absorption mentale. Ces dimensions sont corrélées comme le montre la Figure 4:

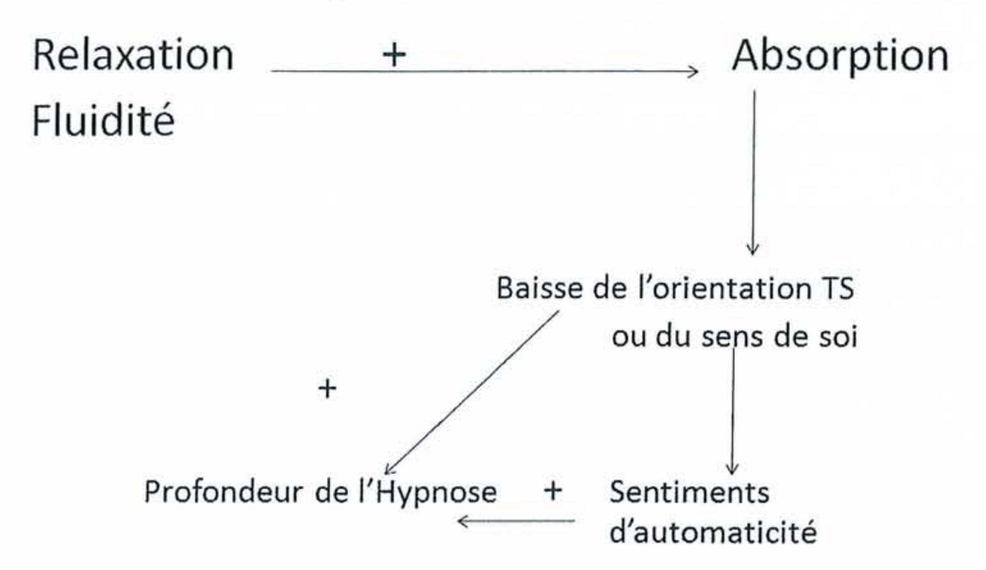


Figure 4, d'après Price, 1996(227)

L'analyse des changements cérébraux corrélés spécifiquement à l'une ou l'autre de ces variables(235) a confirmé que les effets régionaux observés dans l'activité cérébrale pendant l'hypnose sont associés plus ou moins spécifiquement à l'une ou l'autre de ces dimensions de l'expérience. Des zones du tronc cérébral associées à la relaxation et à l'absorption voient leur débit sanguin changer en hypnose. L'activité du thalamus, de certaines zones du tronc cérébral, et d'un secteur du cortex cingulaire antérieur associé à l'attention, est positivement corrélée à l'absorption hypnotique. C'est-à-dire que le sentiment subjectif d'absorption est associé à l'activation des « circuits attentionnels » du cerveau, et le sentiment subjectif de fluidité aux zones régulant la conscience (Figure 5).

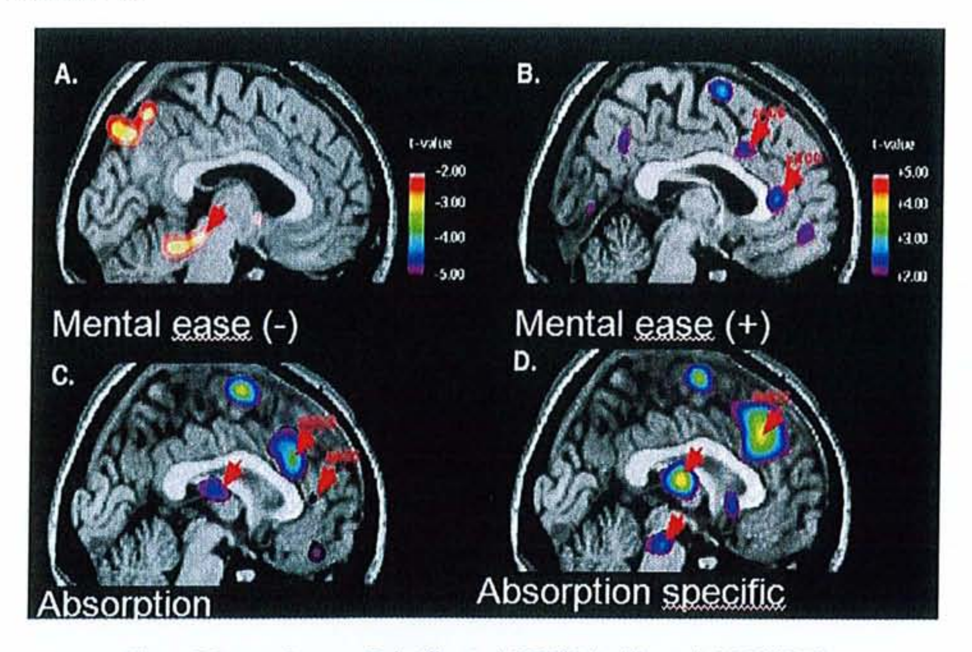


Figure 5 Source Source : Rainville et al. 2005(Rainville et al. 2002) (235)

En somme, ces résultats et d'autres réponses corticales corrélées à l'absorption et à la relaxation démontrent que la procédure hypnotique produit :

-des changements dans l'activité de structures cérébrales impliquées dans la régulation des états de conscience, en lien avec la « fluidité mentale », « relaxation hypnotique ».

-des changements dans l'activité de structures cérébrales impliquées dans les contenus de conscience, c'est-à-dire dans les circuits de l'attention, en lien avec « l'absorption hypnotique ».

- **L'hypnose entraine-t-elle des modifications perceptives et émotionnelles comme dans la douleur? Selon quelles modalités ?**

La procédure d'induction précède souvent des suggestions qui visent spécifiquement la modulation de différentes dimensions de l'expérience. La douleur est fréquemment modulée par l'expérience hypnotique, mais à quel niveau agissent les suggestions ? En effet, la diminution des indices subjectifs de la douleur suite à des suggestions hypnotiques d'analgésie reflète-t-elle une modulation des processus sensori-perceptifs, de la réponse émotionnelle associée ou des réponses comportementales utilisées pour mesurer la douleur ?

La douleur s'accompagne de l'activation d'un réseau de structures cérébrales incluant le thalamus, le cortex somatosensoriel primaire et secondaire, l'insula et le cortex cingulaire antérieur. Plusieurs études d'imagerie cérébrale fonctionnelle démontrent que des suggestions hypnotiques d'analgésie produisent une diminution significative dans l'activité de ces régions.(97;133;231;294;296).

Plus intéressant encore, la forme que prennent les suggestions d'analgésie affecte directement les effets observés au niveau cortical. La douleur est perçue selon deux dimensions : la première est la dimension sensori-discriminative. Il s'agit de la sensation, sa qualité, son intensité, sa localisation, ses caractéristiques. Au niveau cérébral, cette dimension est essentiellement encodée dans le cortex somatosensoriel. La deuxième est la dimension affective : le désagrément associé à la douleur, la perception d'une menace, l'aspect aversif de l'expérience (231)

Ainsi, Rainville et Price ont montré que des suggestions visant spécifiquement l'intensité sensorielle de la douleur peuvent affecter l'activité dans le cortex somatosensoriel primaire, alors que des suggestions visant à atténuer spécifiquement le désagrément de la douleur agissent spécifiquement sur le cortex cingulaire antérieur, traditionnellement associé aux émotions (229;230;234). Ces études impliquent une diminution de la douleur rapportée par des sujets suite à des suggestions hypnotiques d'analgésie. Elles ne reflètent pas simplement un changement dans leur propension à rapporter verbalement des niveaux plus bas de douleur. Elles témoignent clairement d'une modification dans le traitement des informations sensorielles et émotionnelles qui constituent l'expérience subjective de la douleur. L'hypnose est donc susceptible d'entraîner des modifications sensorielles et émotionnelles.

En somme : l'hypnose permet de moduler l'activité des structures corticales impliquées dans la douleur. Les suggestions hypnotiques ciblant la composante sensorielle de la douleur affectent principalement S1, le cortex somatosensoriel primaire. Les suggestions ciblant la composante affective affectent principalement le CCA. Des études ont aussi montré que l'hypnose déclenche des

mécanismes de contrôle descendant, affectant les réponses somatiques réflexes comme les réponses hormonales ou vasomotrices.

Des résultats similaires obtenus dans d'autres modalités sensorielles contribuent à valider cette interprétation neurophénoménologique de l'hypnose.

- **L'hypnose permet-elle de vivre de façon réaliste les « hallucinations » auditives et visuelles?**

Les phénomènes idéosensoriels décrits par l'école de Nancy étaient le nom donné aux « hallucinations » sous hypnose qui font que les sujets ont une sensation très « réelle » des perceptions suggérées ou produites sous hypnose. Des chercheurs (152) ont examiné l'activité du cerveau dans une zone du cortex visuel qui est normalement activée lors de la présentation de stimuli visuels colorés. Ils ont d'abord localisé précisément les sites corticaux (gyrus fusiforme) répondant spécifiquement aux couleurs présentées dans chaque hémisphère, en comparant l'activité évoquée par la présentation de stimuli colorés à celle évoquée par des stimuli similaires où les couleurs étaient remplacées par différents tons de gris. Puis, pendant des tomographies différentes, ils ont présenté les stimuli colorés ou gris, et ont suggéré sous hypnose la présence et l'absence de couleur dans chacune des conditions, ce qui donne quatre conditions dans l'expérience.

Dans les conditions de perception de couleur (stimuli coloré) ou d'hallucination de couleur (stimuli gris avec suggestion de couleur), le gyrus fusiforme s'est activé comme pour l'expérience de la couleur. Dans la condition de perception du gris, ou d'obstruction de couleur (stimuli rouge avec suggestion hypnotique de gris) ces mêmes régions présentaient une diminution de leur activité en accord avec l'hypothèse d'une altération de la perception de la couleur. Les instructions en dehors d'un état hypnotique produisaient des effets limités à l'hémisphère droit suggérant un rôle distinctif du gauche dans l'expérience d'hallucinations visuelles hypnotiques.

Une étude similaire confirme l'activation des cortex auditifs lors d'hallucinations hypnotiques auditives(278). Après l'induction, l'enregistrement d'une voix répétant une phrase courte était présenté dans une condition contrôle pour identifier les zones cérébrales auditives impliquées par ce stimulus. Puis les sujets devaient soit imaginer la voix (imagerie mentale auditive), soit l'expérimentateur suggérait que l'enregistrement était rejoué (hallucination auditive hypnotique). Les régions activées par le stimulus étaient activées sous hallucination auditive, tel que prédit par le modèle neurophénoménologique de l'hypnose. L'activation existait aussi lors de l'imagerie mentale volontaire (les phénomènes hypnotiques y sont partiellement apparentés). Par contre, une région frontale médiane était activée spécifiquement dans la condition d'écoute et sous hallucination, lorsque les sujets percevaient avec clarté le stimulus et l'attribuaient à une source externe, mais pas dans la condition d'imagerie mentale volontaire. Cette différence marquée pourrait refléter un aspect spécifique et distinctif de l'hypnose. En effet, quoique les conditions d'imagination ou d'hallucination nécessitent la production d'une image mentale auditive, le sujet ne semble pas pleinement conscient qu'il produit lui-même cette image dans la condition hypnotique.

Les études d'imagerie démontrent des changements robustes dans l'activité du cerveau qui correspondent à des changements spécifiques de l'expérience subjective d'absorption mentale et de relaxation. Les études confirment que les suggestions modifient l'activité dans les zones du cerveau impliquées directement et spécifiquement dans le traitement des informations sensorielles et

émotionnelles qui sont la cible des suggestions. Ces résultats appuient une interprétation expérientielle de l'hypnose où les réponses des sujets hypnotisés reflètent des changements véritables de l'expérience subjective. Toutefois, l'aspect distinctif des suggestions hypnotiques par rapport à l'imagerie mentale volontaire, pourrait résider principalement dans une altération de la représentation et de la conscience de soi en tant qu'agent responsable des changements dans l'expérience.

- **Le patient est-il dissocié ? Ne se sent-il pas l'agent de ses propres actes ?**

Il y a plusieurs façons d'attribuer le mot « dissociatif » à l'hypnose. Dans une de ses acceptations, l'état est dissociatif car il est à la fois fait d'une relaxation, d'une détente, que certains ont pris pour du sommeil, et à la fois d'une grande « perceptude », d'une grande présence, d'une grande attention. En tentant de le modéliser, certaines études permettent de se rendre compte qu'il existe plusieurs états de vigilance(233):

-D'une part des états de *vigilance basse avec attention peu soutenue* comme la relaxation, la rêverie... Dans ces états de conscience, l'activité corticale est lente, avec une faible amplification de la représentation cible (on ne se concentre pas sur une représentation), une faible suppression des représentations compétitrices (l'attention est facilement distraite) et donc un passage facile d'un contenu de conscience à l'autre avec un sentiment d'automaticité.

-D'autre part des états de *vigilance élevée avec concentration* comme dans la réalisation d'une tâche, exercice, apprentissage volontaire... Dans ces états de conscience, l'activité corticale est rapide, avec une augmentation de la représentation cible (l'esprit est concentré sur une représentation), une suppression des représentations compétitrices (on focalise son attention qui est moins facilement distraite) et un passage difficile d'un contenu de conscience à l'autre. On ressent alors un sentiment de contrôle, de soi-agent, de forte distinction sujet-objet.

-Enfin il existe un état, peut-être donc celui de l'hypnose, de *vigilance basse mais avec l'attention, la concentration soutenue*. L'activité corticale est lente, le sujet peut se sentir même relaxé, mais il y a une augmentation de la représentation cible (le sujet est hyper attentif et absorbé dans sa représentation) et suppression des représentations compétitrices (les autres stimuli sont plus perçus, ou plus difficilement). Malgré cela le passage est facile d'un contenu à l'autre (en fonction des suggestions) avec un sentiment d'automaticité.

La dissociation ici est représentée par un état de conscience « étrange » qui emprunte à deux états de conscience qui semblent bien distincts et connus comme non semblables, non « miscibles ».

Dans une autre acceptation, la dissociation induite par l'hypnose, peut aussi par exemple suggérer au sujet que « les choses se font », qu'il n'est pas complètement agent de ce qui se passe, automaticité propice au lâcher prise, ou lui montrer au contraire qu'il a un pouvoir insoupçonné sur des choses qu'il pensait ne pas maîtriser. Comme nous l'avons vu juste précédemment, contrairement à l'imagerie mentale volontaire qui s'accompagne d'un sentiment subjectif d'effort mental et de contrôle volontaire des expériences produites, les hallucinations hypnotiques, et possiblement les autres changements expérientiels, sont attribuées à des agents extérieurs ou

s'imposent d'eux-mêmes. Le sentiment d'être l'agent promoteur du changement perceptif est partiellement altéré pendant l'hypnose et décrit en termes d'automaticité. (Price, 1996)Cette modification de la représentation du soi-agent pourrait correspondre à certains changements dans l'activité des cortex préfrontaux et pariétaux. (230;235;278)

Pour les actes ressentis comme étant automatiques, qui étaient nommés « idéomoteurs » par l'Ecole de Nancy, un exemple tout à fait intéressant est donné avec la « lévitation du bras ». Ce phénomène est régulièrement utilisé en hypnose éricksonienne. Il s'agit de suggérer au patient que son bras se lève (parce qu'il devient léger, gonflé d'air, ou accroché à des ballons, ou devenu un levier qui s'actionne, ou toute autre métaphore). Le patient « lève » son bras, mais il a l'impression qu'il « est levé » hors de sa volonté. Blakemore a étudié cette sensation de produire un mouvement sans avoir l'impression d'en être l'auteur (237;238).

Un mouvement volontaire se déroule selon le schéma suivant (Figure 6):

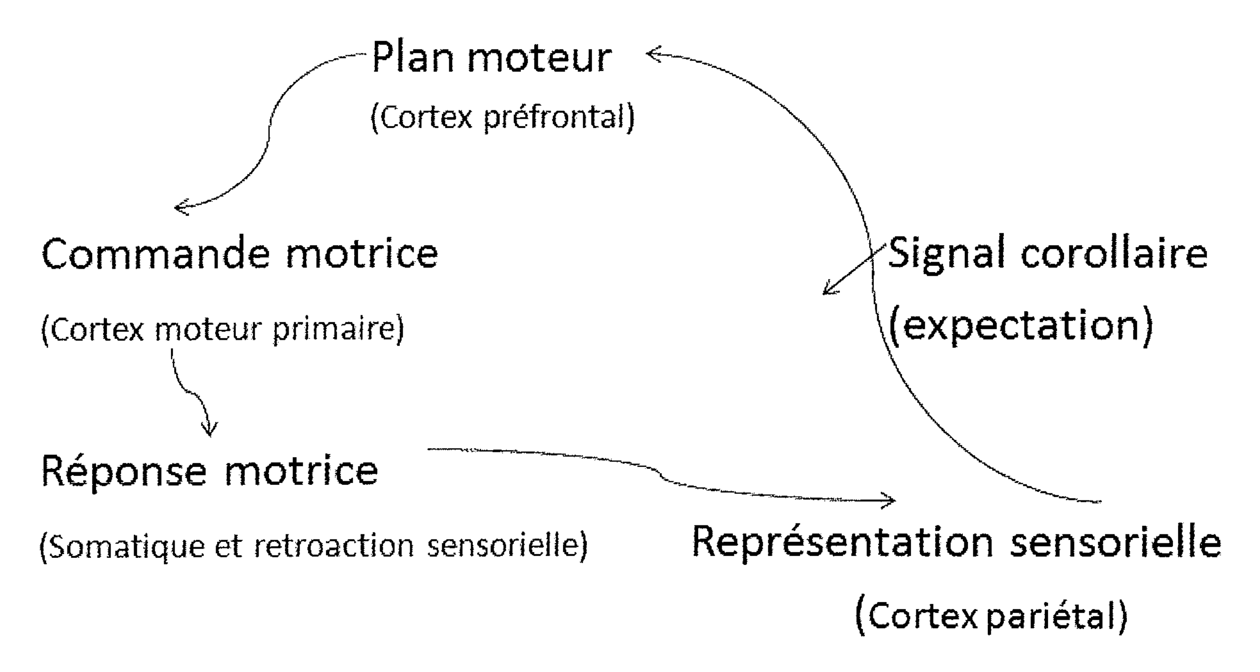


Figure 6 D'après Blakemore, 2003 (237)

Les patients avaient le bras attachés à une poulie.

Dans la première condition, on leur demande un mouvement volontaire : lever le bras. Il y a une concordance entre le plan moteur, la réponse motrice et la représentation sensorielle, il y a donc peu d'activité pariétale et un sentiment de contrôle. Le cortex pariétal s'activerait en cas de discordance, repérant la position du membre dans l'espace dans un sentiment d'altérité pour éventuellement corriger le mouvement.

Dans un mouvement passif, c'est-à-dire dans la deuxième condition ou on actionne la poulie pour lever le bras du sujet, l'activité frontale est minimale car il n'y a pas de plan moteur, il n'y a pas de signal corollaire, l'activité pariétale est intense avec un sentiment d'altérité.

Enfin dans la troisième condition il s'agit d'une lévitation du bras sous hypnose, ou on suggère que la poulie va lever leur bras. Dans ce cas là, l'activité frontale est la même que dans un

mouvement actif, et l'activité pariétale est semblable à celle d'un mouvement passif. C'est en quelque sorte un mouvement « actif-involontaire ».

La dissociation hypnotique serait donc une « dissociation fronto-pariétale ». Les explications ne sont pour l'instant que des hypothèses (rupture de communication fronto-pariétale ? signal corollaire aberrant ?), et les progrès de l'exploration fonctionnelle cérébrale élucideront peut-être dans l'avenir le fonctionnement de ce sentiment d'automaticité. Ces travaux pourraient contribuer à l'exploration de plusieurs questions fondamentales relatives aux bases neurologiques de la représentation de soi et de la conscience.

S'il existe un état hypnotique, il n'y a pas de marqueur physiologique simple permettant d'en témoigner, l'imagerie demandant des moyens impossibles à utiliser en routine ou à grande échelle en recherche.

En somme pour les neurosciences, l'hypnose est un état altéré de conscience où la représentation du corps-soi et les mécanismes fondamentaux de régulation de la conscience sont modifiés. Elle implique les mécanismes de régulation des interactions entre les représentations, dans une fluidité mentale qui facilite les réinterprétations des contenus de conscience et les alternatives expérientielles, et où la résistance aux suggestions est diminuée. L'attention peut être partagée, distribuée, le sujet peut tolérer la contradiction. Il peut connaître une co-activation potentielle de représentations en compétition. On assiste également à une modification de la représentation de soi en tant qu'agent causal, à l'origine d'un échec de la prévision des conséquences de l'action.

Ces découvertes sont à mettre en lien avec la thérapeutique hypnotique, propice au lâcher prise, à la réinterprétation des contenus de conscience et aux alternatives expérientielles.

Les querelles ont-elles encore lieu d'être autour de l'hypnose ? On ne pourra jamais tenir rigueur aux hommes de trouver étrange l'hypnose. Le béotien entrant dans une salle de séminaire de formation à l'hypnose, ou dans un cabinet d'hypnothérapeute, pourrait être surpris de ce qu'il y voit et des effets que praticiens et patients lui attribuent. L'hypnose de spectacle continue à faire perdurer une notion « magique » dans l'hypnose. On ne pourra jamais non plus tenir rigueur aux scientifiques de vouloir remettre toujours leur ouvrage sur le métier et tenter de démontrer et délimiter leurs pratiques.

Néanmoins, si l'hypnose est toujours l'objet de débats parfois passionnés, la science et la pratique actuelle ont permis d'apaiser les esprits. On a presque réconcilié Nancy et Paris : les neurosciences laissent penser que l'état de conscience se modifie en hypnose, et la pratique Ericksonienne et les études cliniques montrent qu'elle n'est pas pathologique et qu'elle est une forme de psychothérapie, avec des capacités thérapeutiques et des indications, et pour laquelle la relation thérapeutique est fondamentale.

Les recherches cliniques entreprises pour évaluer l'efficacité de l'hypnose sont encourageantes mais doivent encore beaucoup être développées. Il existe un niveau de preuve raisonnable de l'existence d'un état hypnotique et de l'efficacité de l'hypnose dans certaines situations, même si on ne comprend pas toujours complètement comment et pourquoi cela marche ainsi.

L'hypnose n'est pas non plus une panacée, la réponse à la plupart des problèmes psychologiques. C'est une méthode qui peut être utilisée en combinaison avec d'autres. Ce n'est pas forcément la meilleure méthode chez tout le monde, et certains (thérapeutes comme patients) seront plus à l'aise avec des méthodes de restructuration cognitive et comportementales ou dans la recherche de causes enfouies dans le passé des patients.

Il n'est pas non plus évident de donner les limites des indications de cette approche. L'hypnose pouvant être considérée soit comme un adjuvant à une autre technique (TCC, analyse, autre thérapie, traitement médicamenteux), soit comme une technique à garder comme un outil en arrière-plan, pour y avoir recours quand l'indication précise survient pendant un traitement, soit comme une technique psychothérapeutique en soi en opposition avec les autres, soit enfin, comme une technique de communication efficace qui peut servir dans toute prise en charge, ce que suggère le lien avec les thérapies brèves, qui se veulent techniques de communication efficace plus que théories psychologiques.

Après ce « recadrage » de l'hypnose, nous pourrions nous intéresser à l'une de ses indications possibles, qui ne fait pas l'unanimité, mais qui est d'un intérêt crucial en termes de santé publique : l'arrêt du tabac. Pour cela il nous faut préciser le contexte en rappelant quelques éléments sur le tabac et le sevrage tabagique, en termes épidémiologiques et cliniques, puis nous intéresser aux modes d'actions possibles de l'hypnothérapie sur le tabagisme et aux travaux existants sur le sujet.

Nous présenterons par la suite les résultats d'une étude pilote qui à permis d'établir et d'affiner un protocole de recherche possible pour une étude observationnelle pertinente dans le domaine.

II. Tabagisme : quelques rappels

Le tabac est un véritable fléau en France comme dans le monde. C'est la première cause de mortalité et de morbidité « évitable » dans les pays développés.(220). Il est en cause dans un cancer sur trois, et à l'origine ou facteur d'aggravation de nombreuses autres maladies, notamment cardio-vasculaires. L'arrêt du tabac produit des effets importants sur l'amélioration de la durée et de la qualité de vie. La lutte contre le tabagisme et pour l'aide au sevrage est un enjeu majeur pour la santé publique.

Les méthodes visant à la diminution du tabagisme dans la population, et au sevrage tabagique individuel, amènent des résultats, mais parfois jugés insuffisants au vu du fléau tabagique. Elles peuvent encore être développées et optimisées.

1) Rappels épidémiologiques

Les chiffres produits dans les études épidémiologiques sur le tabac donnent parfois le vertige. Il nous a paru pertinent d'en rappeler quelques uns pour situer le problème dans son contexte.

a) Dans le monde

Il y a environ 1,1 Milliards de fumeurs dans le monde. Selon les études, entre un tiers et la moitié d'entre eux mourront de maladies liées au tabac.(201). Selon l'OMS (211), le tabac est la première cause de mortalité évitable du monde. Il tue 5,4 millions de personnes chaque année. Ce nombre pourrait doubler d'ici 2030, et 70% de ces décès pourraient avoir lieu dans les pays les plus développés. Le tabac est un facteur de risque pour six des huit plus grandes causes de mortalité. Au niveau mondial, le tabagisme peut être considéré comme une « épidémie », qui s'est répandue grâce aux phénomènes mondiaux complexes tels que les échanges globaux, les investissements internationaux, la circulation de plus en plus intense des hommes, des richesses, des informations et des capitaux.

Le tabac contient plus de 4000 substances chimiques dont 50 sont cancérigènes. D'après le Bureau International du Travail, 200.000 travailleurs mourraient tous les ans à cause d'une exposition passive au tabac dans le milieu du travail. L'OMS a estimé que la moitié des enfants du monde respirent un air pollué par de la fumée de tabac.

b) En France

Le dernier Baromètre Santé édité par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) date de 2005 et donne les chiffres clés les plus récents sur le tabac en France. Plusieurs chiffres retiennent l'attention dans cet ouvrage qui compare, par ailleurs, les chiffres de 2000 et de 2005. (220) Nous en citons ou résumons quelques extraits et reproduisons certaines figures.

- ♦ *Niveaux et tendances en population générale*
  - La population tabagique et son évolution

En 2005, parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, 24,9 % fument régulièrement des cigarettes, et 5,0 % occasionnellement (Figure 7 : Source INPES, 2005). 29,9 % fument donc, ne serait-ce que de temps en temps, *versus* 33,1 % en 2000, soit une baisse de 10 % (c'est-à-dire 3,2 points) de la prévalence du tabagisme en cinq ans.

Au total, 27,3 % des 12-75 ans sont d'anciens fumeurs (*vs* 28,0 % en 2000), tandis que 42,8 % n'ont jamais été fumeurs (38,9 % en 2000). Pour la première fois depuis une trentaine d'années, on compte donc en 2005 presque autant d'anciens fumeurs que de fumeurs.

Le tabagisme reste en outre une pratique plus masculine : 33,3 % des hommes fument actuellement, et 30,2 % ont fumé puis ont arrêté, *versus* respectivement 26,5 % et 24,4 % des femmes, sachant que cet écart est plus net encore pour le tabagisme régulier. Schématiquement, parmi les hommes, un tiers fume, un tiers ne fume plus et un tiers n'a jamais fumé, tandis que, parmi les femmes, un quart fume, un quart ne fume plus et la moitié n'a jamais fumé.

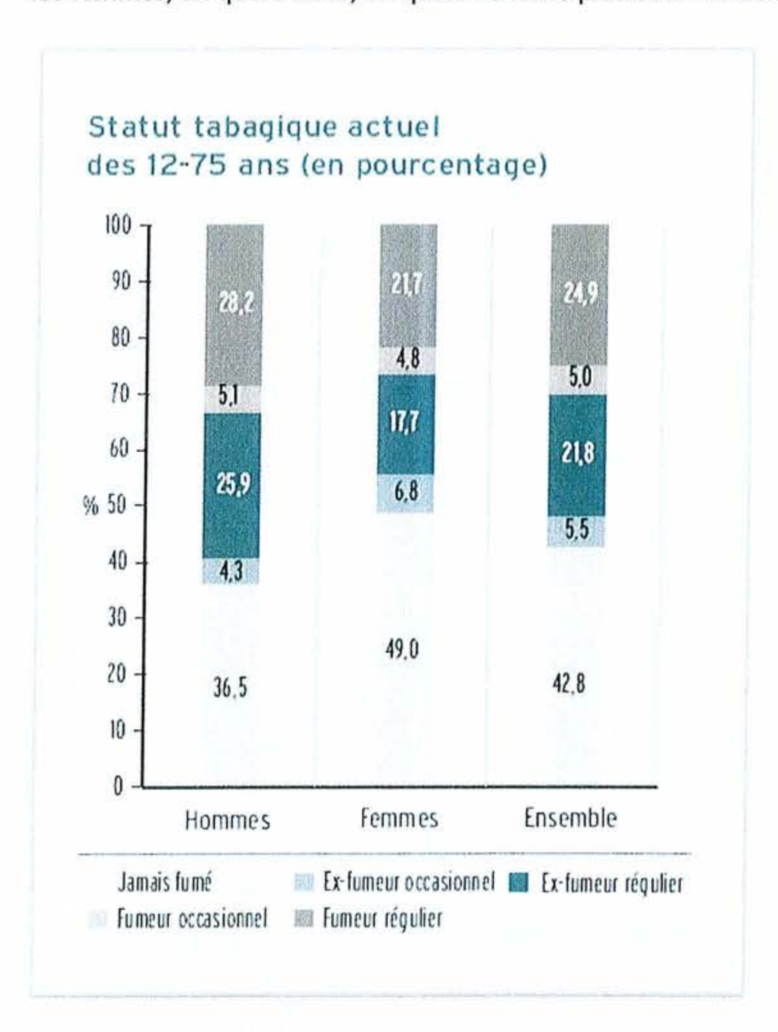


Figure 7 : Source INPES, 2005

Jamais fumé= Jamais une cigarette ou juste essayé.
Fumeur occasionnel = moins d'une cigarette par jour
Ex-fumeur occasionnel= ont fumé occasionnellement ou quotidiennement mais moins de 6 mois.
Fumeur régulier = au moins une cigarette par jour
Ex-fumeur régulier = ont fumé quotidiennement pendant au moins 6 mois

De 2000 à 2005, le tabagisme est en recul, mais cette tendance est plus marquée pour les femmes et les jeunes. Si on considère le détail du statut tabagique par tranches d'âge, pour chaque sexe : pour les femmes, la prévalence du tabagisme reste marginale avant 16 ans (10,9 % de fumeuses dont la moitié occasionnelles), pour osciller ensuite entre 35 % et 38 % de 16 à 45 ans. Entre 46 et 55 ans, 25,4 % des femmes fument, à cet âge les arrêts deviennent plus fréquents (32,6 %) que le tabagisme lui-même. Mais d'après les auteurs du rapport, au-delà, les résultats observés correspondent sans doute plus à un effet de génération qu'à un effet de l'âge : les femmes qui ont plus de 55 ans en 2005 appartiennent à des générations pour lesquelles le tabagisme était une activité encore plus masculine qu'aujourd'hui (ainsi 68,3 % des 66-75 ans n'ont jamais fumé).

Entre 2000 et 2005, toujours parmi les femmes, la prévalence du tabagisme a notablement diminué pour les 12-15 ans (de 18,1 % à 10,9 %), et dans une moindre mesure pour les 16-25 ans (de 44,2 % à 38,0 %) et les 26-35 ans (de 42,3 % à 36,2 %), mais sans évolution notable pour les femmes plus âgées. Avant 16 ans, la prévalence du tabagisme s'avère plus faible encore parmi les garçons que pour les filles (6,5 % *vs* 10,9 %), mais les premiers dépassent ensuite les secondes à tous les âges de la vie, avec une prévalence du tabagisme qui oscille entre 40 et 45 % de 16 à 45 ans (et un maximum de 45,7 % pour les 26-35 ans), pour ensuite décroître régulièrement avec l'âge (jusqu'à 12,2 % à 66-75 ans).

Dans la mesure où le tabagisme est depuis longtemps une pratique largement diffusée parmi la population masculine, on n'observe pas pour les hommes d'effet génération notable. Autrement dit, la faiblesse relative de la prévalence du tabagisme pour les plus âgés ne s'explique pas, comme c'était le cas pour les femmes, par une forte proportion de personnes n'ayant jamais fumé, mais reflète au contraire la fréquence des arrêts. Ainsi, au-delà de 55 ans, la majorité des hommes sont d'anciens fumeurs (54,7 % pour les 56-65 ans, 60,1 % pour les 66-75 ans), et environ un quart d'entre eux n'ont jamais fumé. Entre 2000 et 2005, parmi les hommes, la prévalence du tabagisme a notablement diminué pour les 12-15 ans (de 10,9 % à 6,5 %) ; le tabagisme recule également entre 16 et 45 ans, mais cette baisse est de moindre amplitude que celle observée parmi les femmes ; enfin, au-delà de 45 ans, le tabagisme masculin ne recule guère.

Globalement, sur une plus grande échelle, le tabagisme est en recul, pas seulement du fait de moins d'initiation, mais aussi du fait de plus d'arrêts fructueux. D'après Hill et Laplanche (169), en 1953, la proportion de fumeurs réguliers variait peu avec l'âge chez les hommes : dans toutes les classes d'âge, près de trois hommes sur quatre étaient des fumeurs réguliers. Au contraire, chez les femmes cette proportion décroissait très fortement avec l'âge, passant de 23 % entre 25 et 34 ans à 2 % à partir de 65 ans. Aujourd'hui, chez les jeunes, les femmes fument presque autant que les hommes alors que la population âgée fume beaucoup moins. A partir de 65 ans, peu d'hommes et encore moins de femmes fument régulièrement. Ces données montrent aussi que, malgré le caractère addictif de la nicotine, des millions d'hommes ont arrêté de fumer. La population masculine âgée de 25 à 34 ans en 1953 comptait 74 % de fumeurs. En 1980, cette même population, dont l'âge est compris entre 52 et 61 ans, compte environ 40% de fumeurs, alors qu'on en attendrait 72 % à tabagisme inchangé en prenant un facteur de surmortalité des fumeurs égal à 2.

Globalement, entre 2000 et 2005, le recul du tabagisme se concentre donc sur la population adolescente, et s'avère en outre plus marqué pour les femmes.

Sur le plus long terme, les sondages téléphoniques réalisés par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES, devenu INPES) permettent de suivre l'évolution de la prévalence du tabagisme en France depuis les années 1970 pour les femmes et les hommes âgés de 18 à 75 ans (Figure 8, source INPES 2005). Il est à noter que si la méthodologie est plus précise et reproductible à partir des années 90, des tendances apparaissent nettement.

Parmi les hommes âgés de 18 à 75 ans, la prévalence du tabagisme a été presque divisée par deux en trente ans, passant de près de 60 % au milieu des années 1970 à 35 % aujourd'hui. Pour les femmes, il est plus difficile de détecter une tendance nette, avec semble-t-il une légère tendance à la hausse jusqu'au début des années 1990, puis une tendance à la baisse depuis. Cette date correspond vraisemblablement à la mise en place de la loi Evin de 1991.

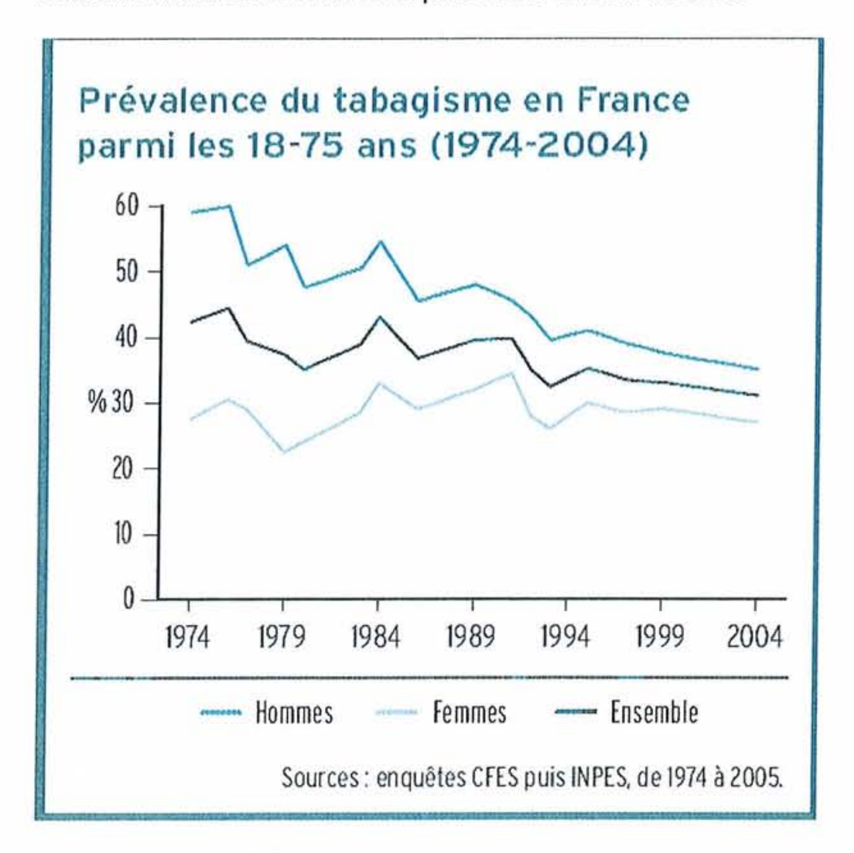


Figure 8 : source INPES 2005

Une autre étude de 2003(169) tient compte des données de ventes et des résultats des sondages sur des échantillons représentatifs de la population. Les sondages ont été réalisés par la Seita (aujourd'hui Altadis), le Comité français d'éducation pour la santé (CFES, devenu l'Inpes), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes). La figure 8 bis met en évidence l'évolution du tabagisme en fonction d'événements politiques ou historiques, depuis 1860.

Évolution des ventes de tabac et de cigarettes en grammes par adulte (15 ans et plus) et par jour, France, 1860-2002

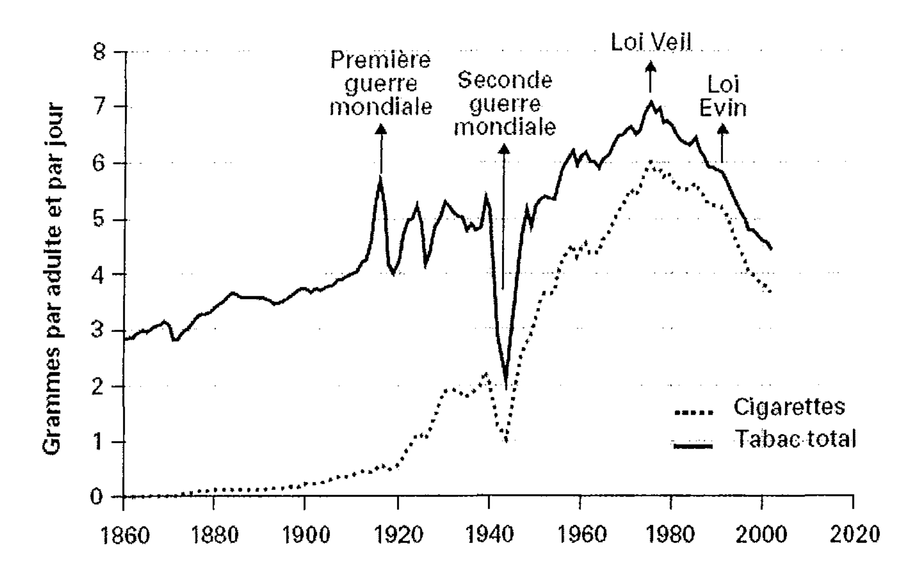


Figure 8 Bis Source : Laplanche & Hill, 2003

Les ventes totales de tabac et de cigarettes depuis 1860, sont exprimées en grammes par adulte et par jour. On observe une augmentation des ventes de tabac depuis 1860 (2,8 g) jusqu'en 1975 où la consommation atteint 7,1 g dont 6,0 sous forme de cigarettes. La consommation de tabac et de cigarettes diminue ensuite entre 1976 et 2002, la baisse étant plus importante entre 1991 et 1997.

Le tabagisme est une pratique de plus en plus précoce. Parmi la cohorte née entre 1930 et 1940, en moyenne les hommes ont fumé leur première cigarette avant 17 ans et ont commencé à fumer régulièrement à 22 ans, *versus* respectivement 22 ans et 28 ans pour les femmes. Pour les cohortes suivantes, ces âges moyens ont baissé, en particulier parmi les femmes qui ont ainsi « rattrapé » les hommes, de sorte que parmi la cohorte née entre 1980 et 1985, en moyenne hommes et femmes ont fumé leur première cigarette à 15 ans, et ont commencé à fumer régulièrement à 17 ans. En l'espace d'un demi-siècle, l'âge à la première cigarette a donc baissé de sept ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes, tandis que l'âge de début du tabagisme régulier a chuté de neuf ans pour les femmes et de sept ans pour les hommes. En outre, le temps écoulé entre la première cigarette et l'entrée dans une consommation régulière tend à diminuer : de cinq à six ans pour la cohorte née en 1930-1940, à deux ans pour celle née en 1980-1985.

- La consommation de tabac

La cigarette manufacturée reste massivement consommée même si elle fléchit légèrement (de 90.6% à 87.8%), pendant que le tabac à rouler progresse (de 17.4% à 22.7%), d'autres pratiques sont en évolution comme le narguilé ou chicha. Il conviendrait à l'avenir d'étudier les évolutions récentes de l'usage de la chicha. En effet, ce mode d'inhalation particulier et le contexte entourant cet usage sont susceptibles de constituer une nouvelle porte d'entrée dans le tabagisme. Il faudrait aussi dans l'idéal comptabiliser le cannabis, au moins partiellement, puisque les « joints »

contiennent aussi du tabac, mais généralement les comptes sont effectués plutôt dans d'autres catégories, avec les stupéfiants. La consommation de pipe et de cigare restent stables.

Si le tabac à rouler a augmenté, c'est essentiellement en raison de facteurs économiques puisque chez les fumeurs de tabac à rouler, les deux tiers sont des hommes, près de la moitié appartient à un ménage au sein duquel le revenu par unité de consommation est inférieur à 900 euros par mois (*vs* un tiers parmi l'ensemble des fumeurs), plus du tiers sont des ouvriers (un cinquième parmi tous les fumeurs). Les chômeurs et les étudiants sont aussi surreprésentés parmi cette population. Il semble donc bien que le choix du tabac à rouler soit essentiellement motivé par des raisons économiques.

En moyenne, les fumeurs actuels consomment 12,5 cigarettes par jour, et les hommes fument quotidiennement trois cigarettes de plus que les femmes (13,7 *vs* 11,1). Si l'on se cantonne aux seuls fumeurs réguliers, la consommation quotidienne moyenne atteint 14,8 cigarettes *versus* 13,9 en 2000. Cette hausse s'explique par le fait que ce sont les « petits » fumeurs qui ont le plus souvent arrêté de fumer entre les deux dates, de sorte que, même si les autres fumeurs ont réduit leur consommation, la moyenne quotidienne a augmenté. À tout âge, la consommation quotidienne des hommes s'avère supérieure à celle des femmes. Ceci, si l'on ne tient pas compte de l'écart observé à 12-15 ans, qui correspond à des prévalences du tabagisme encore très faibles.

Parmi les fumeurs, la quantité moyenne de cigarettes consommées quotidiennement augmente rapidement avec l'âge, pour atteindre un plateau entre 36 et 65 ans (environ 13 cigarettes par jour pour les femmes, 15 pour les hommes). Cette consommation recule ensuite pour les plus âgés, mais reste pour les deux sexes supérieure à 10 cigarettes par jour.

Deux questions reprises du questionnaire de Fagerström (délai entre le réveil et la première cigarette, et consommation quotidienne) ont permis d'évaluer la dépendance à la nicotine. On considérera ici qu'un fumeur régulier présente des signes de forte dépendance s'il fume sa première cigarette dans la demi-heure suivant le réveil, ou s'il fume plus de 20 cigarettes par jour. Parmi les fumeurs réguliers, 47,7 % présentent des signes de dépendance ainsi définis, les hommes un peu plus souvent que les femmes (51,0 % *vs* 43,6 %).

- Répartition géographique : le cas de la Lorraine

Enfin, le tabagisme n'apparaît pas uniformément réparti sur le territoire métropolitain. Même si les deux tiers des régions ne se distinguent pas de la valeur moyenne (26,1 % de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans), cinq régions se démarquent par une prévalence significativement supérieure, trois régions comptent un pourcentage significativement plus faible que la moyenne, c'est en Haute-Normandie qu'on fume le plus, et en Basse-Normandie qu'on fume le moins.

La Lorraine arrive en deuxième position des régions les plus fumeuses après la Haute-Normandie avec 29,1% de fumeurs réguliers pour une moyenne nationale à 26,3%. Notre région affiche par ailleurs une prévalence discordante avec les données de vente de tabac. Alors que la Lorraine connaît la plus importante baisse de ventes de tabac sur la période 1999-2004 avec moins 66 %, cette région a une prévalence tabagique des plus élevées. Les achats transfrontaliers de tabac réalisés au Luxembourg sont très certainement à l'origine de cette discordance. (24) Cette analyse peut évidemment être étendue aux autres régions frontalières que sont le Nord, la Champagne-

Ardenne, l'Alsace ou encore l'Aquitaine, mais dans ces régions les prévalences tabagiques ne se distinguent pas significativement de la moyenne nationale.

- *Facteurs associés au tabagisme*

Bien que des facteurs statistiquement associés au tabagisme puissent être pointés, les auteurs du baromètre santé rappellent avec force qu'une relation statistiquement significative ne suffit pas à conclure à une relation de cause à effet. Tout dépend de l'interprétation que l'on en propose, sachant qu'un même résultat peut souvent être interprété de diverses manières suivant les hypothèses qui caractérisent telle ou telle discipline des sciences humaines et sociales.

- Chez les jeunes

Chez les 12-25 ans, retenons que les chances de devenir fumeur entre 12 et 25 ans augmentent considérablement à mesure que les jeunes prennent de l'âge, surtout pour les garçons (parmi lesquels la prévalence du tabagisme passe de 3,6 % avant 15 ans à 49,9 % pour les 20-25 ans).

Les jeunes scolarisés fument nettement moins que les autres : parmi les élèves ou étudiants, 22,6 % des jeunes femmes et 20,8 % des jeunes hommes fument, *versus* 44,8 % de celles et 53,2 % de ceux qui travaillent, ainsi que 50,5 % de celles et 62,1 % de ceux qui sont à la recherche d'un emploi. Évidemment, en moyenne, les scolarisés sont plus jeunes mais, même une fois pris en compte l'effet de l'âge, ce résultat persiste : les élèves/étudiants ont moins de chances de fumer que ceux qui travaillent. En outre, parmi les garçons, la plus forte propension à fumer de ceux qui sont à la recherche d'un emploi reste significative, même une fois contrôlés les effets des autres variables.

Les jeunes qui ont « décohabité » (ils ne vivent avec aucun de leurs deux parents) fument plus souvent que les autres (44,1 % *vs* 25,3 % pour les jeunes femmes, 53,9 % *vs* 27,2 % pour les jeunes hommes), ce résultat restant vérifié une fois pris en compte les effets des autres variables, et en particulier de l'âge. En outre, toutes choses égales par ailleurs, les jeunes dont les parents sont séparés ont deux fois plus de chances de fumer que les autres.

Le questionnaire du Baromètre santé permet de calculer divers scores de santé issus du profil de Duke(122). Ces scores varient de 0 à 100. On s'intéressera ici aux scores globaux de santé physique et de santé mentale (un score plus élevé correspond à une meilleure santé physique/mentale), ainsi qu'aux scores d'anxiété et de dépression (un score plus élevé correspond à un état plus anxieux/dépressif), en examinant comment ils varient selon l'âge et le sexe entre 12 et 25 ans, pour les fumeurs et les non-fumeurs [figures 9 à 12, source INPES 2005].

Dans l'ensemble, les jeunes fumeuses sont en moins bonne santé, plus anxieuses et plus dépressives. Globalement, entre 12 et 25 ans, parmi les filles, le score de santé physique et le score de santé mentale s'avèrent toujours plus élevés pour les non-fumeuses, ces relations n'étant vérifiées qu'avant 20 ans pour les garçons. De même, à tout âge, les fumeuses présentent plus de signes d'anxiété et de dépression que les non-fumeuses, tandis que, pour les garçons, l'écart entre fumeurs et non-fumeurs s'avère de moindre ampleur et disparaît, voire s'inverse, entre 20 et 25 ans.

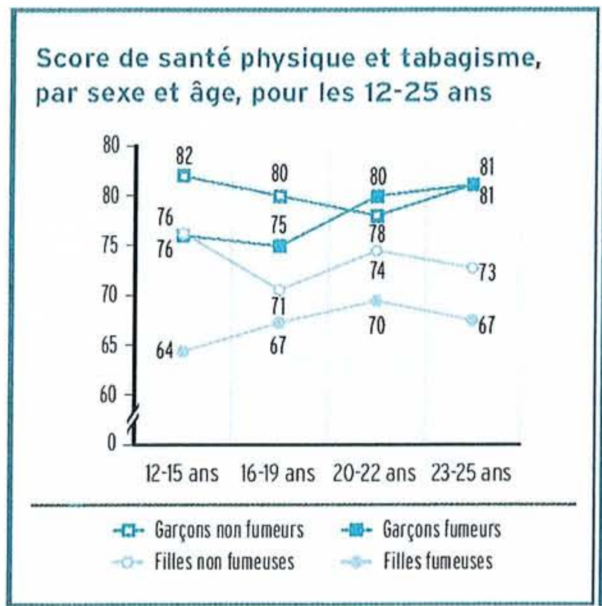


Figure 9

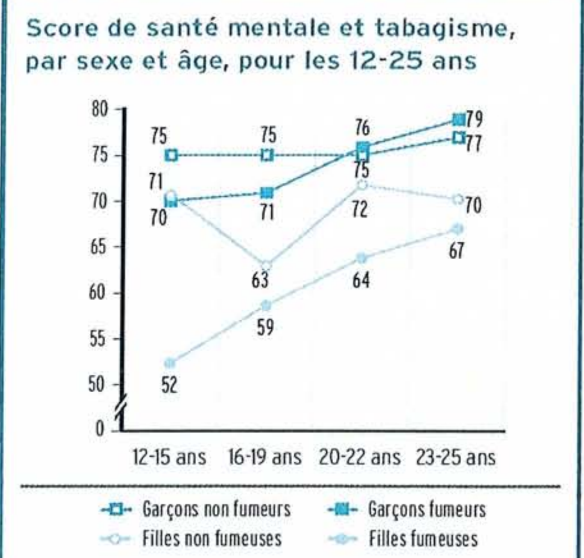


Figure10

Score d'anxiété et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

12-15 ans 16-19 ans 20-22 ans 23-25 ans

Garçons non fumeurs Garçons fumeurs Filles non fumeuses Filles fumeuses

Figure 11

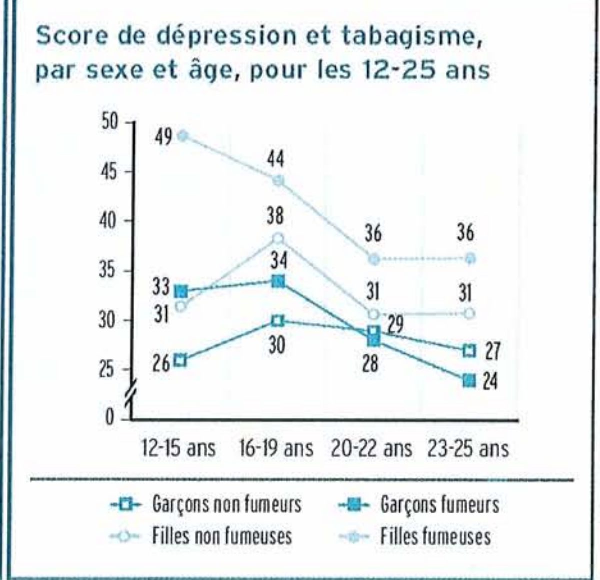


Figure 12

Les chiffres peuvent être interprétés de différentes façons bien sur selon l'hypothèse que l'on emploie. Par exemple, si les jeunes déscolarisés fument davantage, c'est peut-être parce que cette situation et ce comportement sont tous les deux l'expression d'un rejet des normes dominantes qui valorisent l'école et condamnent le tabagisme, mais c'est peut-être aussi parce que la déscolarisation accroît les opportunités d'usage (en soustrayant à un environnement dans lequel le tabagisme est *a priori* interdit), en même temps qu'elle marque le passage à l'âge adulte, dont le tabagisme demeure un attribut symbolique. De même, la séparation des parents peut susciter des affects anxieux et dépressifs que le tabagisme viserait à calmer, mais cette séparation ouvre également une large brèche dans le contrôle parental et fournit donc des opportunités de fumer ou de commettre d'autres actes réprouvés par les parents.

Si à l'adolescence la santé perçue est corrélée avec le tabagisme (en particulier chez les jeunes filles), cela ne signifie pas que dès cet âge le tabac a un impact important sur la santé, même s'il provoque rapidement quelques effets comme l'essoufflement. Au contraire, les fumeurs se servent souvent de leur tabagisme pour faire face au stress, à l'anxiété ou à une humeur dépressive d'après plusieurs auteurs(42)(172), cet usage anxiolytique concernant apparemment plus les femmes que les hommes.(285)

En outre, à l'adolescence, le tabagisme est aussi associé à un mode de vie souvent caractérisé par d'autres conduites dommageables pour la santé.

- Chez les adultes

Entre 26 et 75 ans, retenons quelques tendances également.

Les adultes diplômés sont moins souvent fumeurs. Une fois contrôlé l'effet de l'âge, il apparaît que les femmes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur sont moins enclines que les autres à fumer, cet effet positif du diplôme n'étant effectif pour les hommes qu'à partir du niveau bac + 4. Globalement, la catégorie socioprofessionnelle joue peu sur le tabagisme (si ce n'est pour les agriculteurs qui présentent des niveaux d'usage remarquablement bas) ; on observe tout juste que, parmi les femmes, les employées sont un peu moins enclines à fumer, tandis que, parmi les hommes, les ouvriers fument un peu plus souvent. De même, le niveau de revenus par unité de consommation apparaît peu lié au tabagisme. En revanche, du point de vue de la situation professionnelle, les chômeurs se distinguent par une forte prévalence du tabagisme, pour les femmes (39,2 %) comme pour les hommes (53,2 %).

Pour les deux sexes, les personnes qui vivent en couple déclarent moins souvent fumer que les célibataires (27,1 % *vs* 45,3 % pour les femmes ; 20,6 % *vs* 33,6 % pour les hommes). En outre, une fois contrôlé l'effet des autres variables et de l'âge en particulier, il apparaît que les personnes divorcées, séparées ou veuves sont les plus enclines à fumer En revanche, la présence d'enfants dans le foyer n'apparaît pas ici associée à un moindre tabagisme (c'est même l'inverse pour les hommes).

Comme pour les 12-25 ans, il est possible de comparer les fumeurs et les non-fumeurs de 26 à 75 ans du point de vue des scores de santé physique, de santé mentale, d'anxiété et de dépression, en contrôlant les effets du sexe et de l'âge. (Figures 13 à 16, source, INPES 2005) Des relations entre tabagisme et scores de santé sont plus ténues que parmi les jeunes. Globalement, quels que soient le sexe et l'âge, les scores de santé physique et de santé mentale apparaissent inférieurs pour les fumeurs, et les scores d'anxiété et de dépression sont plus élevés pour ces derniers. Toutefois, comme pour les 12-25 ans, les écarts observés sont plus faibles pour les hommes que pour les femmes.

Surtout, de façon générale, ces écarts entre fumeurs et non-fumeurs sont bien plus ténus que ceux obtenus parmi les enquêtés âgés de 12 à 25 ans (sachant qu'ici les écarts les plus nets entre fumeurs et non-fumeurs sont obtenus pour le score d'anxiété parmi les femmes).

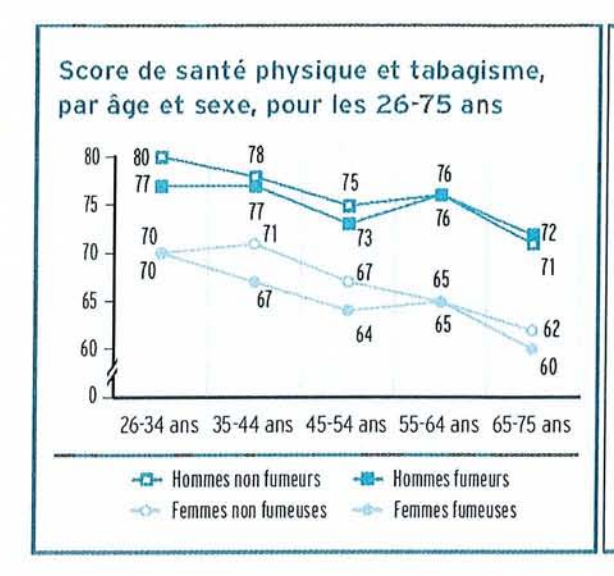


Figure 13

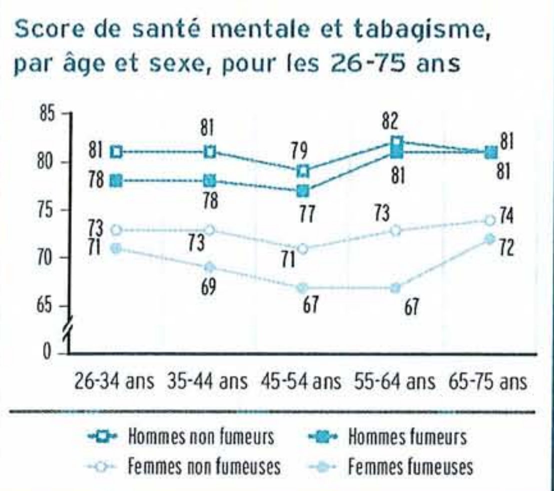


Figure 14

Score d'anxiété et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans

Figure 15

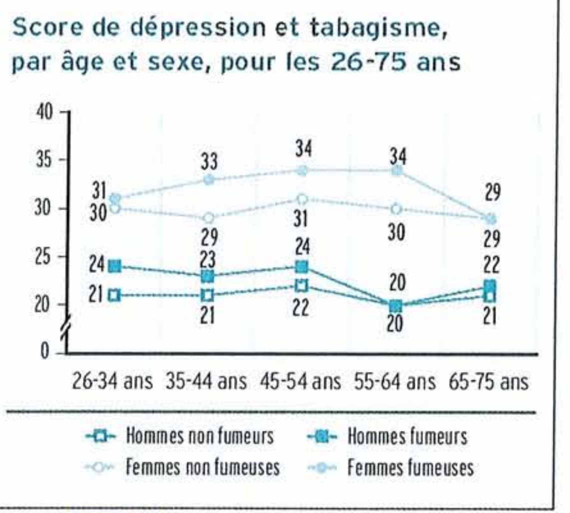


Figure 16

Encore une fois, les résultats chiffrés pointant des « facteurs associés » peuvent être interprétés différemment selon les hypothèses. Par exemple, le fait que les adultes les plus diplômés soient moins enclins à fumer peut être interprété de diverses façons. Sur ce point, les travaux des économistes proposent divers mécanismes explicatifs possibles, non exclusifs les uns des autres : soit les plus diplômés assimileraient « mieux » l'information préventive (ils seraient en quelque sorte les « bons élèves » de la prévention après avoir été ceux de l'institution scolaire) ; soit la réussite scolaire et le refus du tabagisme pourraient tous deux témoigner d'une capacité à l'autodiscipline (95)(249)(250).

- Consommation de tabac et stress

Parmi les 26-75 ans, 23,7 % déclarent qu'il leur arrive de fumer lorsqu'ils se trouvent dans une situation de stress (13,6 % « *souvent* », 7,0 % « *parfois* », 3,1 % « *rarement* »). Cette proportion est plus élevée parmi les hommes (26,2 %, *vs* 21,4 % parmi les femmes), parmi les enquêtés âgés de

26 à 44 ans (32,1 %), parmi ceux qui sont au chômage (36,6 %) et, dans une moindre mesure, pour les niveaux de diplômes intermédiaires.

Les personnes qui jugent leur travail très fatigant nerveusement sont aussi plus enclines à fumer pour lutter contre le stress (28,5 %), de même que celles qui estiment leur travail très fatigant physiquement (30,5 %). Les personnes à qui il arrive de fumer dans une situation de stress ont aussi plus souvent tendance à manger, boire de l'alcool ou consommer des médicaments pour faire face au stress.

Parmi les fumeurs actuels, la tendance à fumer face au stress est associée à une plus grosse consommation quotidienne de cigarettes : de 17,7 cigarettes par jour pour ceux qui fument souvent face au stress, à seulement 6,0 (soit presque trois fois moins) parmi les fumeurs qui disent ne jamais le faire [figure 17, source INPES 2005]. Ceux qui fument souvent face au stress fument aussi plus souvent dès les cinq premières minutes qui suivent le réveil (c'est le cas de 17,2 % d'entre eux *vs* 7,1 % de ceux qui ne le font jamais). Logiquement, ces fumeurs présentent donc plus souvent les signes d'une forte dépendance (60,5 % pour ceux qui fument souvent face au stress *vs* 16,8 % pour ceux qui ne le font jamais)

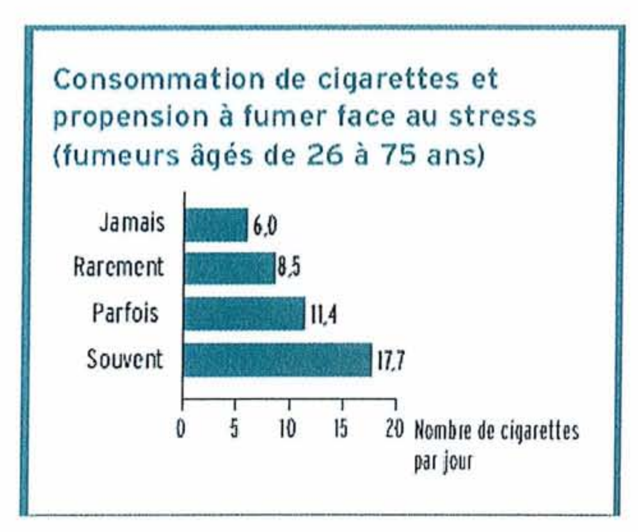
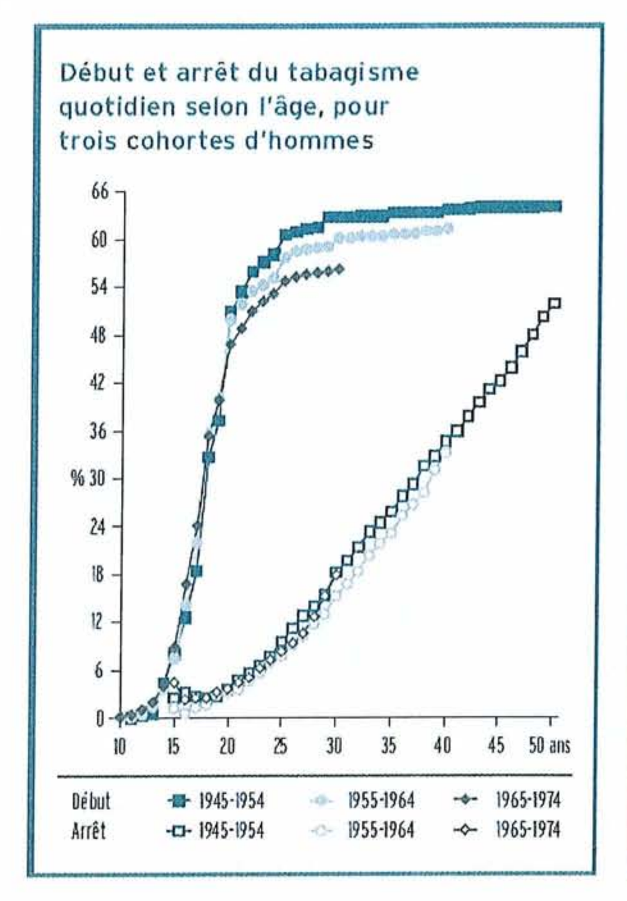


Figure 17 : Propension à fumer face au stress

- *Arrêts de tabagisme*
    - Arrêts effectifs

Au niveau des arrêts effectifs du tabagisme, le baromètre santé mesure la prévalence du tabagisme sur trois cohortes : les 30-39 ans, 40-49 ans et 50-59 ans, le tabagisme quotidien s'initiant en général entre 15 et 25 ans, on peut considérer sa diffusion achevée dans ces cohortes. Les auteurs constatent que pour les hommes, le tabagisme recule clairement parmi les générations masculines, tandis que la proportion de fumeurs ayant arrêté croît linéairement pour dépasser 50% à 50 ans, autrement dit, dans cette cohorte, à 50 ans, plus d'un fumeur sur deux a cessé de fumer. L'arrêt apparaît plus tardif pour la génération intermédiaire puisque la courbe correspondante se situe toujours au-dessous de la précédente, mais l'a presque rattrapée à 40 ans. Enfin, le taux d'arrêt pour les plus jeunes rattrape celui des plus anciens dès l'âge de 30 ans, avec une pente plus forte qui suggère qu'à terme le taux d'arrêt devrait s'avérer supérieur pour cette cohorte. En somme pour les hommes, le recul de l'initiation est plus rapide que les progrès des arrêts.

La diffusion du tabagisme quotidien est plus lente parmi les femmes, puisqu'elle augmente encore de façon significative jusqu'à 30 ans La comparaison des cohortes entre elles montre que, pour les plus de 50 ans, la diffusion du tabagisme quotidien s'est considérablement accrue, avec également une plus grande précocité. Du point de vue des arrêts, la cohorte la plus ancienne se caractérise aussi par des arrêts plus précoces que la cohorte intermédiaire, qui ne la rejoint que vers 40 ans. En outre, elle est rattrapée dès 30 ans par la cohorte de femmes de 30-39 ans, avec une forte pente qui laisse présager à terme un taux d'arrêt plus élevé au sein de cette cohorte. (Figure 18). En somme, pour les femmes, les arrêts progressent moins vite que l'initiation.



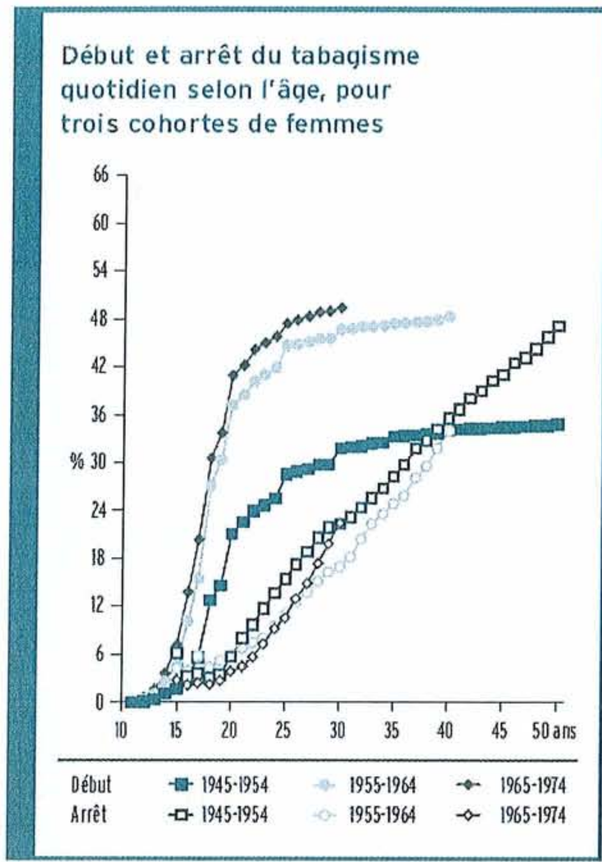


Figure 18 : Source INPES 2005

Plusieurs facteurs s'entremêlent : les périodes choisies correspondent à des évolutions contrastées des prix du tabac : baisse relative avant 1974, stabilité entre 1974 et 1991 (date de la loi Evin), hausses régulières annuelles entre 1992 et 2001, fortes hausses après 2001. La plus forte proportion d'hommes dans les arrêts plus anciens traduit le caractère plus masculin du tabagisme parmi les anciennes générations.

Les fumeurs ayant arrêté entre 2002 et 2005 étaient plus jeunes et on fumé moins longtemps, que les fumeurs ayant arrêté entre 1992 et 2001, ce qui suggère qu'aujourd'hui, l'arrêt du tabagisme tend à devenir plus précoce qu'auparavant. En général, l'arrêt se fait entre 35 et 40 ans, pour des personnes qui auront passé la moitié de leur vie à fumer.

Des différences sensibles apparaissent aussi du point de vue des motivations avancées pour justifier l'arrêt (motivations évoquées librement par les enquêtés, et recodées en grandes catégories par les enquêteurs, un enquêté pouvant citer plusieurs motivations). Ainsi, la proportion d'anciens

fumeurs qui motivent leur arrêt par la peur de tomber malade et/ou par une prise de conscience des conséquences du tabagisme croît lorsque l'on examine les arrêts les plus récents. Il en va de même pour le prix des cigarettes. Même si cette motivation est citée par moins d'un tiers des fumeurs qui ont arrêté depuis 2002, elle a donc progressé nettement avec les dernières hausses de prix, particulièrement fortes.

- Quelles sont les caractéristiques des fumeurs qui arrêtent

Pour le savoir, les auteurs ont comparés les ex-fumeurs réguliers et les fumeurs réguliers actuels ayant déjà essayé d'arrêter une semaine au moins, sur le plan sociodémographique, ainsi que sur les motivations de l'arrêt. Cela permet de connaître les motivations de l'arrêt manqué, et de comparer ces populations toutes choses égales par ailleurs (la régression logistique tenait compte notamment de l'âge : les ex-fumeurs étant généralement plus âgés que les fumeurs)

Les résultats obtenus sont très similaires pour les deux sexes : les ex-fumeurs se distinguent des fumeurs réguliers actuels par une consommation quotidienne plus importante, une entrée dans le tabagisme régulier plus précoce et des signes de forte dépendance physique à la nicotine moins fréquents. Par ailleurs, un haut niveau d'études semble favoriser l'arrêt, cet effet du diplôme apparaissant plus net pour les femmes. On peut supposer que les « petits fumeurs », ayant commencé plus tardivement, minimisent les conséquences de leur tabagisme et ont moins de motivation à arrêter définitivement, d'autant plus que leur dépendance est forte.

Pour plusieurs motifs de l'arrêt, les résultats s'avèrent sexuellement différenciés.

Parmi les femmes, celles qui ont réussi à arrêter mentionnent plus fréquemment la peur de tomber malade et la prise de conscience des conséquences du tabagisme, mais moins souvent la naissance d'un enfant, une grossesse ou le prix des cigarettes. Cela suggère que ces deux derniers motifs incitent à l'arrêt, mais suscitent des tentatives qui ont moins de chances d'être couronnées de succès.

Parmi les hommes, la peur de tomber malade, la prise de conscience des conséquences du tabagisme et le prix des cigarettes ne sont pas des motifs d'arrêt qui distinguent les ex-fumeurs des fumeurs actuels qui ont déjà arrêté au moins une semaine. Ces motifs incitent à des arrêts qui ont moins de chances de réussir, malgré les avertissements sur les paquets de cigarettes, qui perdent peut-être de leur force en entrant dans le quotidien des fumeurs. En revanche, arrêter à cause de la naissance d'un enfant ou de la grossesse de sa partenaire est un motif caractéristique des fumeurs qui ont réussi à arrêter : il est donc possible que les hommes qui essaient d'arrêter de fumer pour cette raison aient plus de chances d'y parvenir de façon durable.

- Envies d'arrêter

Au niveau des arrêts manqués des fumeurs actuels : retenons déjà que 76,5% ont déjà réussi à arrêter au moins une semaine. En moyenne les fumeurs ont déjà fait 3,6 tentatives, qui dans un cas sur deux ne dépassent pas trois mois. (55,6% pour les hommes et 45% pour les femmes), et quatre fois sur cinq durent un an au maximum.

59,6% des fumeurs actuels déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, mais deux-tiers d'entre eux n'ont pas de projet précis, soit 38,9% du total des fumeurs actuels.

Globalement, un fumeur sur cinq a donc un projet précis d'arrêter de fumer (20,7 % exactement), en général à court ou moyen terme (8,5 % dans le mois à venir, 6,9 % dans les six prochains mois).

Par ailleurs, les fumeurs réguliers sont beaucoup plus enclins à vouloir arrêter que les fumeurs occasionnels (64,1 % *vs* 37,1 %), de même que les fumeurs qui présentent des signes de forte dépendance physique (64,6 %, *vs* 56,2 % pour ceux qui n'en présentent pas). Du point de vue du profil sociodémographique des fumeurs, l'envie d'arrêter est à peine plus répandue parmi les hommes que parmi les femmes (60,3 % *vs* 58,7 %), et elle culmine aux âges intermédiaires (53,3 % chez les 12-19 ans, 63,8 % pour les 35-44 ans, 51,2 % chez les 65-75 ans) [figure 19].

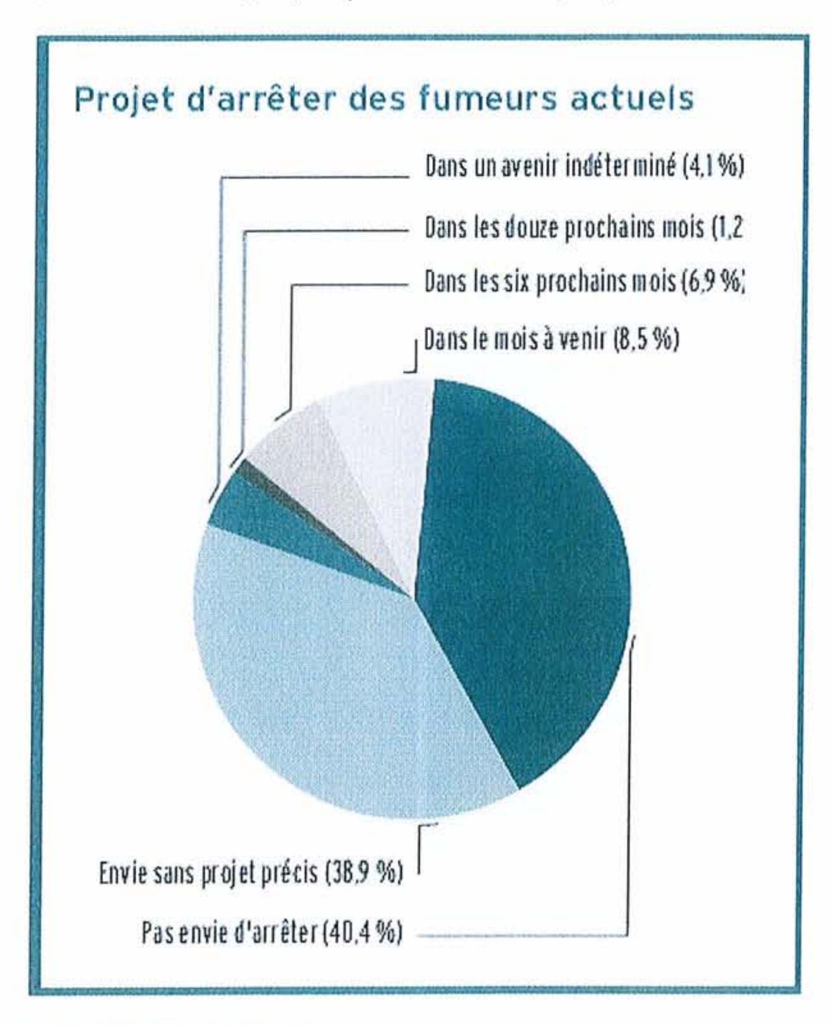


Figure 19 Source : INPES 2005

Constatons cependant qu'en regroupant les chiffres différemment des auteurs, on a 8 fumeurs sur 10 (79,3%) qui n'ont pas envie d'arrêter ou ont vaguement envie sans projet précis...

Parmi les femmes comme parmi les hommes, les ex-fumeurs se distinguent des fumeurs réguliers par une consommation quotidienne de cigarettes plus élevée lorsqu'ils étaient fumeurs, et une initiation plus précoce au tabagisme régulier. Il ne faudrait pas en conclure hâtivement qu'une initiation précoce à la cigarette et une plus forte consommation de cigarettes faciliteraient l'arrêt. En revanche, il est probable qu'un fumeur n'envisagera sérieusement d'arrêter que lorsqu'il aura le sentiment de fumer trop ou depuis trop longtemps ; *a contrario*, à un âge donné, une personne qui a

commencé à fumer tardivement et dont la consommation reste relativement faible, sera moins encline à penser qu'il est urgent qu'elle arrête.

Les fumeurs continuent à privilégier l'arrêt solitaire, volontaire et radical. Parmi les fumeurs qui ont le projet d'arrêter de fumer, les deux tiers (67,8 %) envisagent de le faire seul, 28,9 % pensent faire appel à un médecin, 3,3 % envisagent une autre aide ou ne savent pas encore comment ils procéderaient.

Les femmes évoquent plus souvent que les hommes l'idée de se faire aider par un médecin (32,4 % *vs* 26,1 %). L'arrêt radical sans substitut nicotinique ni aide médicale est la méthode la plus souvent envisagée (par 49,3 % des fumeurs qui ont le projet d'arrêter : 52,5 % parmi les hommes, 48,4 % parmi les femmes), suivi de l'usage du patch antitabac (24,8 %) et de l'arrêt par réduction progressive de la consommation (23,3 %), loin devant l'acupuncture (6,0 %) et d'autres méthodes plus rarement évoquées (gomme à mâcher, psychothérapie, Zyban®, etc.). En outre, parmi ceux qui opteraient pour l'arrêt radical spontané, la plupart n'envisagent pas une méthode complémentaire (un sur dix seulement utiliserait des patchs antitabac).

Relativement à 2000, le recours au patch est plus fréquemment envisagé (de 18,5 % à 24,8 % en 2005), tandis que la réduction progressive de la consommation se trouve moins souvent évoquée (de 29,1 % en 2000 à 23,3 % en 2005) et que l'arrêt volontaire radical recule à peine (de 51,2 % à 49,3 %).

Le recours au patch est plus facilement envisagé, mais notons aussi que dans le rapport tel qu'il est présenté par ses auteurs, les différentes autres formes de substituts que le patch sont rarement évoquées alors que l'offre de soins se diversifie (gommes, inhaleurs...). L'information ne parvient peut-être pas toujours à la population.

- Cohabitation fumeurs/non fumeurs

Six foyers sur dix sont « non fumeurs ». Au total, 22,0 % des enquêtés déclarent qu'au moins une personne fume régulièrement à l'intérieur de leur domicile, 10,5 % rapportent que cela arrive de temps en temps, 9,4 % rarement, et enfin 58,1 % jamais. La proportion de foyers épargnés par le tabac atteint 68,7 % lorsque l'enquêté n'est pas lui-même fumeur, *versus* 33,3 % s'il fume actuellement [figure 20]. Évidemment ces résultats sont délicats à interpréter puisque nous ne connaissons pas le statut tabagique de chaque membre du foyer. Il apparaît toutefois que six foyers français sur dix sont totalement « non fumeurs ». En outre, un tiers des fumeurs déclare que personne ne fume jamais (ni eux, ni personne d'autre) à leur domicile, cette proportion étant plus élevée lorsque des enfants vivent dans le foyer (35,8 %, *vs* 28,6 % s'il n'y en a pas).

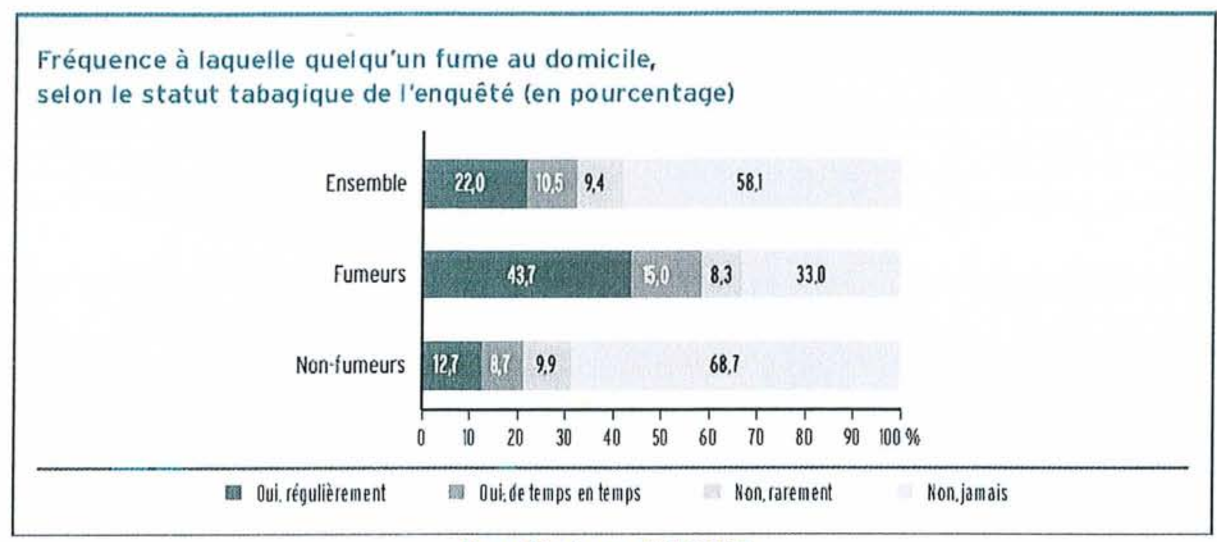


Figure 20 : Source INPES 2005

Une partie des enfants en bas âge ne bénéficie pas d'un environnement « non fumeur ». La présence d'enfants en bas âge au domicile n'empêche pas toujours leur exposition au tabagisme passif, d'autant que la prévalence du tabagisme est particulièrement importante entre 26 et 45 ans, âges auxquels la parentalité se concentre. Parmi les foyers où se trouve un nourrisson âgé de moins de 1 an, 70,5 % sont intégralement « non fumeurs » tandis que dans 15,2 % d'entre eux, il arrive régulièrement que quelqu'un fume. En outre, lorsque l'âge de l'enfant le plus jeune du foyer augmente, la proportion de domiciles « non fumeurs » tend à reculer, oscillant entre 53 et 58 % lorsque cet enfant a entre 4 et 12 ans.

Parmi les motifs qui distinguent le mieux les ex-fumeurs de ceux qui envisagent d'arrêter mais fument encore, le fait que la naissance d'un enfant ne ressorte que chez les hommes comme facteur explicatif d'un arrêt réussi est un résultat un peu contre-intuitif qui ouvre des perspectives en termes de représentations du tabagisme passif.

Même si il convient ici de préciser que fumer au domicile ne signifie pas forcément fumer en présence d'un enfant (il est possible qu'à l'intérieur même du domicile existent des zones tacitement réservées aux fumeurs, ou que ces derniers ne fument pas lorsqu'ils se trouvent dans la même pièce qu'un enfant), il n'est pas certains que cela exclue totalement les risques de maladies liées au tabagisme passif comme la bronchiolite.

Au total, 40,5 % des personnes âgées de 12 à 75 ans déclarent que la fumée des autres les gêne beaucoup, 31,8 % se disent un peu gênés par cette fumée et 27,7 % pas du tout gênés. La proportion de ceux se déclarant le plus gênés s'avère plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (46,8 % *vs* 33,9 %), et elle croît lentement avec l'âge des enquêtés. Plus de la moitié des non-fumeurs et des ex-fumeurs occasionnels se disent très gênés par la fumée des autres *versus* 12,9 % des fumeurs réguliers. On notera tout de même que parmi ces derniers, un sur deux se déclare au moins un peu gêné par la fumée des autres : les non-fumeurs ne sont donc pas les seuls que la fumée du tabac importune, loin de là...

Les chiffres concernant la perception du respect des zones non-fumeurs ne sera pas rapportée ici, car la perception risque de changer du fait de la loi interdisant de fumer dans les lieux

publics mise en place après la parution du baromètre santé 2005. Notons juste que les hôpitaux et lieux de travail semblaient perçus comme respectés, et les restaurants et les bars bien moins.

Enfin, certains chiffres sur l'opinion de la population sur les fumeurs et le tabac ont également un intérêt dans ces rappels épidémiologiques. Les fumeurs sont considérés comme dépendants du tabac comme d'une drogue pour la quasi-totalité des enquêtés, fumeurs comme non-fumeurs, la notion de dépendance est donc connue de la population. Cette opinion augmente avec l'âge et le niveau de diplôme, et est un peu plus marquée chez les femmes. Les fumeurs sont généralement tenus pour responsables de leurs problèmes de santé pour presque 9 français sur 10, y compris chez les fumeurs.

Un tiers seulement des enquêtés pensent que fumer permet de se sentir plus à l'aise dans un groupe. Opinion à peine plus présente chez les fumeurs et les femmes, et en très légère augmentation. Pour près d'un Français sur deux en revanche, fumer est un facteur d'exclusion (48,6% des fumeurs, 45,4% des non fumeurs). Opinion qui devient majoritaire chez les plus de 45 ans et les plus diplômés. Un peu plus de la moitié des français (57,5 % chez les fumeurs *vs* 52,4 % parmi les non-fumeurs) pensent qu'il existe une sorte de « guerre » entre fumeurs et non-fumeurs.

Un français sur deux soutient l'augmentation des taxes sur le tabac. Les non-fumeurs sont 62,9 % à approuver cette hausse *versus* 45,0 % des fumeurs occasionnels et seulement 24,5 % des fumeurs réguliers qui subissent directement les conséquences de ces taxes. La hausse des taxes est davantage soutenue par les personnes les plus âgées mais moins souvent par les plus diplômés Cette opinion était déjà soutenue par 51,6 % des 18-75 ans en 1995 (pour 51,4 % en 2005), mais elle a notablement reculé parmi les fumeurs avec une proportion d'avis favorables passée de 38,8 % à 27,4%.

♦ *Mortalité attribuable au tabac*

Il n'existe en France qu'une étude ayant évalué les conséquences du tabagisme en termes de mortalité parue dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire en 2003, par Hill et Laplanche(130).Elle analyse selon une méthodologie précise la mortalité attribuable au tabac pour l'année 1999.

Les auteurs constatent que pour évaluer l'impact du tabagisme sur la morbidité en France, il faudrait des données nationales sur la fréquence des maladies dont le risque est augmenté par le tabac, comme les cancers et les maladies cardiovasculaires et respiratoires. Malheureusement, au moment de l'étude, en dehors des cancers dont la fréquence est mesurée dans un certain nombre de départements, ces données ne sont pas enregistrées en France, ce qui ne permet d'étudier les conséquences du tabac que sous l'angle de la mortalité.

Dans un premier temps, les auteurs tiennent compte du nombre de décès de chaque maladie en lien avec le tabac, et du nombre de décès attribuables au tabac parmi eux (Tableau 1). Il s'agit pour chaque type de maladie de la somme pondérée de la mortalité des non-fumeurs et des fumeurs en utilisant le facteur de pondération du cancer du poumon qui sert de facteur de « calibrage » (calculé directement par différence entre le nombre total de décès par cancer du poumon observé en France et le nombre attendu chez les non-fumeurs). Connaissant le risque relatif, c'est-à-dire le

rapport entre la mortalité des fumeurs et celle des non-fumeurs, on en déduit la mortalité des fumeurs. La méthode s'appuie sur un article de Peto et al. (224) et les données de l'American Cancer Society. Cela suppose donc que le risque encouru par les non-fumeurs est le même en France et aux Etats-Unis.

Nombre total des décès et fraction attribuable au tabac, par sexe, France, 1999

	Hommes		Femmes	
Causes de décès	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac
Cancer	86 903	36 %	56 946	4 %
Poumon	20 867	91 %	4 329	44 %
Bouche, pharynx, larynx et œsophage	9 621	61 %	1 588	18 %
Autre	56 415	12 %	51 029	1 %
Maladie cardio-vasculaire	76 075	14 %	88 844	2 %
Maladie de l'appareil respiratoire	22 425	37 %	21 416	10 %
Autre	89 361	9 %	95 489	1 %
Toutes causes	**274 764**	**21 %**	**262 695**	**3 %**

Tableau 1 : Source Hill et Laplanche, 2003

En 1999, on a enregistré en France 20 867 décès par cancer du poumon chez les hommes, dont environ 19 000 (91 %) sont attribuables au tabac.

Le nombre total des décès attribuables au tabac (Tableau 2) est égal à 66 000 dont 59 000 décès chez les hommes et 7 400 décès chez les femmes. Ceci représente 21 % de la mortalité masculine et 3 % de la mortalité féminine. La fraction des décès attribuables au tabac atteint entre 35 et 69 ans, 33 % chez les hommes et 6 % chez les femmes. Cela montre qu'en France le tabagisme a un effet plus important sur la mortalité prématurée que sur la mortalité dans la population âgée. La part du tabac dans la mortalité féminine est, en 1999, encore peu importante, conséquence du faible passé tabagique des Françaises à ce moment là. Le tabac est responsable selon ces chiffres en France de plus d'1 décès sur 9 (1 décès sur 5 chez les hommes et 1 décès sur 35 chez les femmes). Dans la population âgée de 35 à 69 ans, 1 décès sur 3 est attribuable au tabac chez les hommes et 1 sur 16 chez les femmes.

Nombre des décès attribuables au tabac, par sexe, pour les principales maladies liées au tabac, France, 1999

	Nombre de décès attribuables au tabac	
Maladie	**Hommes**	**Femmes**
Cancer	32 000	2 500
Poumon	19 000	1 900
Bouche, pharynx, larynx et œsophage	5 900	300
Autre	6 700	300
Cardio-vasculaire	10 500	1 400
Appareil respiratoire	8 300	2 200
Autres maladies	8 300	1 300
Toutes maladies	**59 000**	**7 400**

Tableau 2 : Source : Hill et Laplanche, 2003

Selon cette étude, il s'écoule environ 30 ans entre le moment où une fraction de la population commence à fumer régulièrement et le moment où les conséquences sur la santé deviennent détectables. L'effet du tabagisme sur la mortalité est d'abord détecté dans la population d'âge moyen et l'ensemble des conséquences du tabagisme n'apparaît que tardivement dans la population âgée de 70 ans et plus. La moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 35 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie d'un fumeur de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non fumeur. L'autre moitié des décès dus au tabac survient à 70 ans ou plus. Il faut donc plus de 60 ans pour que l'ensemble des conséquences du tabagisme sur la santé soit évaluable(224). Chez les femmes françaises, l'épidémie liée au tabagisme en est à ses débuts. La mortalité attribuable au tabac est encore faible.

On peut cependant s'attendre à observer, avec 30 ans de décalage, une épidémie du même ordre que celle que l'on observe déjà aux Etats-Unis où la mortalité par cancer bronchique a dépassé la mortalité par cancer du sein. D'après Hill et Laplanche (130) en 2025, on observera vraisemblablement autant de morts par cancer bronchique que de morts par cancer du sein chez les femmes en France. Chez les hommes, on commence à observer une stabilisation de la mortalité par cancer du poumon.

Après 1999, aucune autre étude ne permet d'établir la mortalité liée au tabac en France prenant en compte toutes les maladies. Un des principaux indicateurs des conséquences du tabagisme sur la santé est la mortalité par cancer du poumon. C'est un indicateur très spécifique qui, cependant, est la somme de deux composantes : la mortalité attribuable au tabac et la mortalité indépendante du tabac, or l'importance relative de ces deux composantes dépend du stade de l'épidémie. Ainsi, quand les femmes ne fumaient pratiquement pas, l'ensemble de la mortalité par cancer du poumon était attribuable à d'autres causes que le tabac or le tabagisme des femmes est en constante augmentation. Par ailleurs, la mortalité par cancer du poumon n'évalue qu'une partie des problèmes de santé dus au tabagisme. L'étude de Hill et Laplanche avait l'avantage de tenir compte de l'ensemble des maladies liées au tabac. (130)

Il faudrait donc de nouveau évaluer la consommation en tenant compte des différentes évolutions de la population des fumeurs, du fait que la législation s'est encore durcie, de la mortalité par cancer du poumon. D'autant plus qu'entretemps le plan cancer à été mis en place et que les thérapeutiques anticancéreuses se sont améliorées.

Aux Etats-Unis le nombre de décès attribuable au tabac est évalué à 435000 par an (128) avec 70% de fumeurs déclarant souhaiter arrêter, et 41% faisant au moins une tentative chaque année. Le tabac y est identifié, comme en France comme une cause majeure de dépenses de santé, de pertes de productivité et de récession...

Au Canada la lutte contre le tabagisme est très intense depuis plus de 20 ans(283) et a permis que la proportion de personnes de 12 à 75 ans qui fument ne soit que de 19% en 2006 contre presque un tiers en France. C'est une des raisons de la chute du nombre de décès par maladie cardio-vasculaires dans ce pays ces 10 dernières années.

Sur le plan mondial, l'OMS a établi un programme (le programme MPower) qui est chargé de surveiller la consommation du tabac et de mettre en place des mesures contre l'épidémie mondiale de tabagisme.(34)

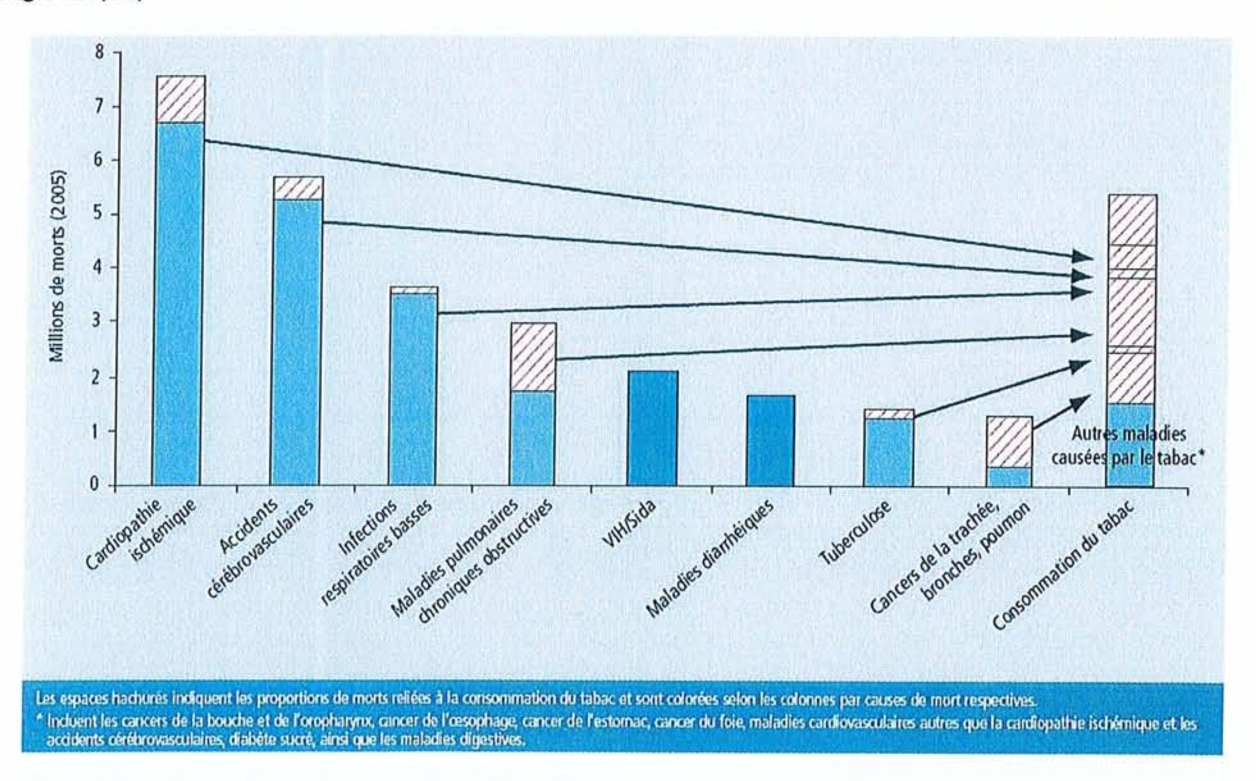


Figure 21: Le tabagisme, facteur de risque de six des huit premières causes de mortalité dans le monde

Ce graphique (figure 21) montre que le tabac est impliqué dans 6 des 8 principales causes de décès dans le monde. Il tue plus de 5 Millions de personnes par an, plus que la tuberculose, le VIH/sida et la malaria combinés. De nos jours, la moitié des fumeurs, soit environ 650 millions, mourront possiblement de leur tabagisme plus d'un milliard de personnes pourraient être victimes du tabac au cours de ce siècle.

Le Rapport Mpower indique qu'il y a encore un besoin urgent que les pays prennent les mesures efficaces pour protéger leurs populations. Une écrasante majorité de la population mondiale est encore soumise aux risques des méfaits du tabac et, dans la plupart des pays, peu d'informations précises sur l'étendue de l'épidémie sont disponibles. A l'échelle mondiale, les gouvernements prélèvent en taxes chaque année plus de 200 milliards de dollars US. Dans plusieurs pays à faible et moyen revenu, les gouvernements perçoivent environ 5 000 $ US en revenus de taxes du tabac pour chaque dollar US qu'ils dépensent pour la lutte anti-tabac. Si de nombreuses mesures ne requièrent pas la mobilisation importante de fonds publics, elles nécessitent cependant une réelle volonté politique, ainsi que les moyens appropriés.

c) Que doit-on tirer de cet aperçu épidémiologique ?

En premier lieu on peut s'inquiéter de la gravité de l'épidémie. En France, malgré tout, un tiers des hommes et un quart des femmes fument. D'après Hill et Laplanche (130) le bilan qui vient d'être présenté souligne l'importance de l'urgence des actions à entreprendre : aider les fumeurs à arrêter de fumer et empêcher les adolescents d'entrer dans le tabagisme. L'évolution de la consommation de tabac, en particulier son augmentation dans la population féminine, permet de prévoir selon ces auteurs des catastrophes. A l'instar des Etats-Unis où la consommation de cigarettes a été pendant très longtemps beaucoup plus élevée qu'en France, un jour viendra où la mortalité par cancer bronchique dans la population féminine atteindra le niveau de la mortalité par cancer du sein. Les actions antitabac se doivent donc d'être énergiques

Retenons également l'intrication des aspects physiques et psychologiques qui transparaît: fumer face au stress est associé à une forte dépendance. Ceci peut laisser espérer l'intérêt d'une méthode qui aiderait à l'anxiolyse sur les patients les plus dépendants, donc a priori les plus en difficulté pour l'arrêt. Il faudrait donc ne pas mettre en concurrence mais bien traiter de front les deux facteurs : la dépendance physique, et la dépendance psychologique. La situation familiale, (le fait d'être ou non en couple, d'avoir ou non des enfants) d'une façon ou d'une autre influe sur le tabagisme et sur le sevrage. Le tabagisme s'intègre donc dans le monde du patient et dans ses relations, ce qui encourage aussi une vision holistique et pourquoi pas systémique du patient.

Concernant les femmes : l'impact sur leur santé est plus grand, les fumeuses sont plus anxieuses et déprimées, ce qui explique peut-être leurs plus grandes difficultés à arrêter.

L'augmentation du prix diminue le tabagisme global mais n'est pas une motivation d'arrêt durable pour aucun des sexes. Les arrêts réussis des femmes sont plus souvent motivés par une prise de conscience des conséquences du tabac ou une peur pour leur santé, qui, par contre, ne sont pas des motivations d'arrêt durable pour les hommes. De façon un peu contre-intuitive, la survenue d'une grossesse dans un couple ou d'un enfant sont des motivations plus efficaces pour les hommes que pour les femmes.

60% des fumeurs voudraient arrêter, mais seulement 20% ont un projet précis. 80% n'ont donc pas de projet précis d'arrêter. On veut plutôt arrêter de fumer quand on est un fumeur régulier et dépendant, et on privilégie l'arrêt solitaire.

La prépondérance de l'arrêt volontaire net et sans assistance parmi les méthodes envisagées incite à chercher à mieux comprendre les déterminants d'une telle préférence. Par ailleurs elle incite à se demander comment informer et aider le mieux possible la majorité de ceux qui pensent arrêter seuls…

On peut supposer aussi qu'au final, la population qui pense consulter est soit parmi une minorité qui ne compte pas arrêter seule, soit parmi ceux qui n'y sont pas parvenus par eux-mêmes et demandent finalement de l'aide. Donc les patients les moins sûrs d'eux-mêmes ou les plus en difficulté pour se sevrer. Une sélection de patient s'opère toujours avant la consultation, et s'opère aussi quand le patient choisit vers quel type de consultation il s'oriente. Ce point sera important à prendre en compte dans notre étude.

2) Aperçu des méthodes et mesures (hors hypnose) pour le sevrage du tabac

Il existe des dizaines de méthodes pour réduire l' « épidémie » tabagique. Pour donner un aperçu des méthodes de sevrage tabagique et de leur efficacité, nous avons procédé à une recherche dans la base de données Cochrane, rassemblant uniquement des revues de littératures et des méta-analyses, évaluées selon une méthodologie précise et rigoureuse. Ont été examinés tous les articles de cette base de données contenant le mot clé MeSH « smoking cessation », soit la requête suivante :

```
("Cochrane database of systematic reviews (Online)"[Journal]) AND
(«Smoking Cessation"[Mesh])
```

Un total de 91 articles est retrouvé. On enlèvera de ces résultats les études qui ne sont pas dans notre sujet, par exemple celles qui ne traitent pas directement, ou pas uniquement de la diminution du tabagisme. En effet certaines études, par exemple sur la réhabilitation des malades vasculaires ou pulmonaires, incluent le sevrage tabagique parmi le reste des mesures sans le traiter de façon spécifique. Elles évoquent alors l'arrêt du tabagisme et son efficience dans un contexte donné mais pas l'efficacité des méthodes de sevrage.

Par ailleurs, certaines études apparaissent à la fois dans leur version remise à jour et dans la plus ancienne. Nous avons tenu compte uniquement de la dernière mise à jour. Enfin, nous traiterons la revue Cochrane concernant l'hypnose dans le sevrage tabagique dans un paragraphe spécifique. Cela laisse 32 articles issus de cette recherche. Ils seront regroupés en :

-Méthodes « de santé publique » qui s'adressent à la population générale et qui visent à réduire le tabagisme. On y inclura les méthodes qui ne visent pas le soin individuel ou de groupe mais à toucher le grand nombre. Nous compléterons leur présentation avec des résultats d'informations épidémiologiques tirées des chiffres de l'INPES et de l'OFDT pour se donner une idée de l'application de telles mesures pour la France.

-Méthodes individuelles de sevrage, pharmacologiques.

-Méthodes individuelles de sevrage, non-pharmacologiques.

Ces méthodes sont utilisées seules ou combinées. Comme nous le verrons, certaines ont démontrées leur efficacité, d'autres se sont avérées inefficientes ou trop peu explorées. Les idées globales sur les méthodes de sevrage s'appuient également sur la consultation d'articles issus d'autres revues de littérature. Les données concernant les méthodes les plus fréquemment utilisées, notamment les substituts nicotiniques, seront également complétées par la lecture d'autres articles.

a) Mesure de « santé publique » pour contrer le tabagisme

- Campagnes médiatiques

Une revue Cochrane a tenté d'évaluer l'effet des campagnes médiatiques contre le tabac(13). L'essentiel de la littérature recherche l'effet des campagnes sur les jeunes, mais concernant les adultes, les résultats analysés sont en fait mitigés. Les campagnes sont locales, régionales ou nationales et peuvent être associées à d'autres éléments de politique anti-tabac. La revue visait les études contrôlées (face à des populations bénéficiant d'autres interventions ou non)

s'intéressant à l'arrêt du tabac chez des fumeurs de plus de 25 ans en lien avec les médias (TV, radio, journaux, affiches...faits pour s'adresser à des masses sans contact interpersonnel), jusqu'en mars 2007. Les campagnes médiatiques devaient avoir pour but d'encourager l'arrêt du tabagisme. Les résultats étaient mesurés en termes de prévalence du tabagisme, de changements dans le taux de consommation de cigarettes ou les taux d'arrêts. Les auteurs ont analysés indépendamment les études. 11 entraient dans les critères mais une méta-analyse n'a pas été possible du fait de l'hétérogénéité des méthodes (design, durée, méthodes, contenu des interventions, méthodes d'évaluation).

Dans 9 campagnes s'intéressant à la *prévalence* du tabagisme, des diminutions significatives du tabagisme ont eu lieu dans deux états comparés au reste des Etats-Unis. Des effets positifs sur moins francs ont été constatés dans trois autres campagnes. Trois grosses études sur les sept s'intéressent à la *consommation* de cigarettes ont trouvé des diminutions significatives. Quatre études sur les sept s'intéressant aux *taux d'arrêt* montraient un effet positif (même si l'une d'entre elle ne différenciait pas abstinence et diminution). Trois ne montraient pas d'effets significatifs. Les auteurs concluent à une preuve de l'effet des campagnes médiatiques, même si cette preuve provient d'études hétérogènes et de qualité variable. Une des deux études englobant tout un état (Massachusetts) montre des résultats positives jusqu'à 8 ans après la campagne, tandis qu'une autre (Californie) ne montre des résultats que dans la période de fonctionnement de la campagne. L'intensité et la durée des campagnes peuvent influencer l'efficacité, mais la longueur du suivi, ainsi que d'autres événements ou tendances, peuvent en rendre la quantification difficile. Enfin il n'y a aucune relation observée entre l'efficacité de la campagne, l'âge, le niveau éducatif, l'appartenance ethnique ou le sexe.

- Interventions ciblées sur la population

Une autre revue a tenté d'établir les effets des interventions dites « communautaires », c'est-à-dire visant un contexte social ou culturel particulier (255). Si 32 études ont été inclues, très peu correspondaient aux critères Cochrane (seules 4 ont randomisé l'intervention et la comparaison.) Les études les plus rigoureuses et les plus larges n'ont montré qu'un effet très limité sur la prévalence. Les auteurs soulignent qu'une approche communautaire peut rester importante mais que l'échelle des programmes et leurs coûts alloués doivent tenir compte de ces résultats décevants.

Une revue Cochrane (237) a émis l'hypothèse que l'assistance financière (par exemple rembourser les traitements de sevrage en donnant de l'argent directement aux patients) pourrait aider à utiliser ces traitements et à augmenter le taux d'arrêt. Plusieurs études ont pu être rassemblées en une méta-analyse. Neuf études intervenaient auprès des patients. Les interventions auprès des fumeurs ont significativement augmenté l'abstinence et les tentatives, ainsi que l'utilisation de la pharmacothérapie. Dans une analyse économique, les coûts par fumeurs restaient faibles au vu des bénéfices.

- Augmentation des prix

Une autre solution envisagée est d'augmenter le prix des cigarettes. La France est un bon exemple avec des hausses fréquentes et des lois qui viennent régulièrement les renforcer. Pour constater les effets des mesures globales de santé publique en France, nous avons à notre

disposition les données du baromètre santé et de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), actif depuis 2004, qui réunit chaque mois au sein d'un « tableau de bord tabac » plusieurs indicateurs clés. Cet outil permet de suivre l'évolution (d'une partie) du phénomène du tabagisme en France, en complément des enquêtes ou autres statistiques produites dans le domaine. Destiné à l'origine aux pouvoirs publics, désireux d'évaluer l'impact de leurs mesures, ce récapitulatif permet aussi de mettre à la disposition de tous, institutionnels, associations ou grand public, des données jusque là plus confidentielles et ce, dans des délais rapides. www.ofdt.fr)

Si l'on examine en France, entre 1965 et 1999, l'évolution des ventes de cigarettes en fonction de leur prix relatif, il apparaît que les premières reflètent très fidèlement le second(10). Les ventes ont été ramenées à la consommation quotidienne par Français de 15 ans et plus, pour tenir compte de la croissance démographique [figure 22 source INPES 2005] : cette consommation a crû entre 1965 et 1975, quand le prix relatif des cigarettes baissait ; puis lorsque ce prix s'est stabilisé (après la loi Veil de 1976), la consommation a elle aussi stagné, jusqu'en 1990 ; ensuite, la loi Evin a entraîné une forte hausse du prix, qui s'est traduite par une nette baisse des ventes.

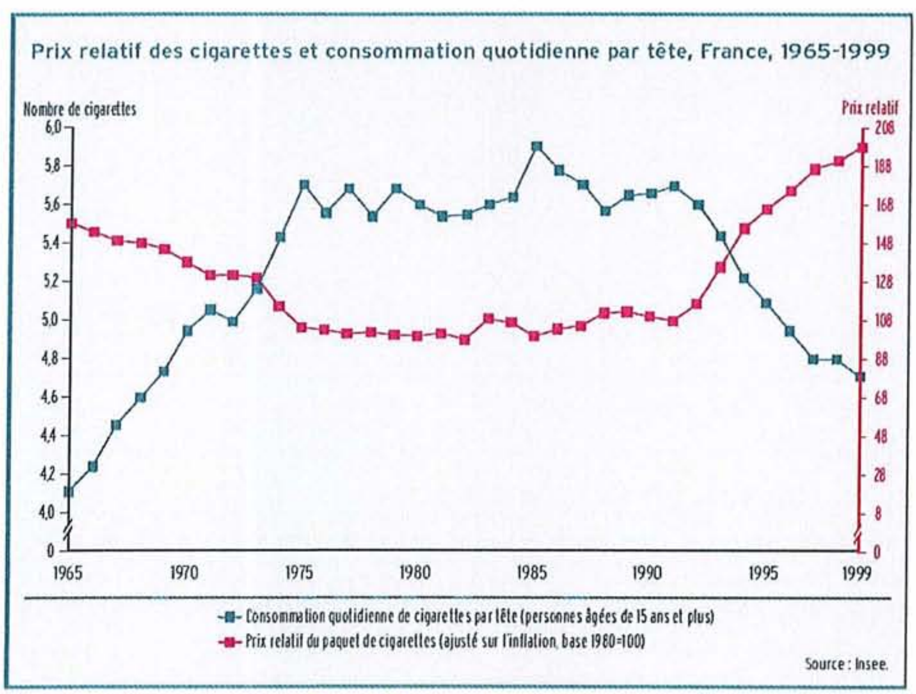


Figure 22 : Source INPES 2005

Puis le prix du paquet à augmenté, passant de 3,20 € en 2000 à 5,30€ aujourd'hui. Les hausses successives ont eu un impact sur les ventes de cigarettes(210) (figure 23 source OFDT 2009) Entre 2001 et 2003, les hausses de prix chaque 1er janvier avaient déjà induit une baisse des ventes. Les hausses de prix en 2003, en janvier et en octobre, ont eu un impact immédiat et spectaculaire (d'autant qu'ils se conjuguent avec des effets saisonniers : le creux de l'hiver et la baisse qui suit le pic estival, avec les bonnes résolutions de début d'année et de rentrée).

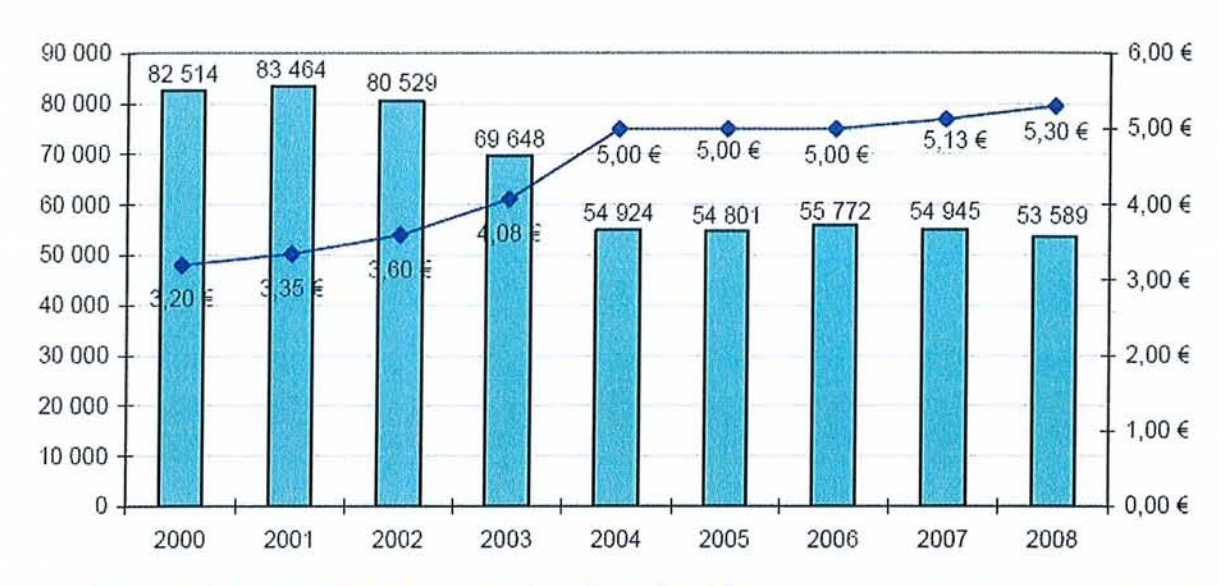


Figure 23 (Source OFDT, 2008): Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen des cigarettes de la classe la plus vendue

Jusque 2004 sur une année entière, on observe une baisse conséquente des ventes : -14 % en 2003, -21 % en 2004. Toutefois, à la suite du gel de la hausse des prix de 2004 à 2008, les ventes se sont à peu près stabilisées. On observe une légère baisse entre 2007 et 2008.

Contrairement aux cigarettes, les ventes de tabac à rouler ont augmenté en 2008 : + 4,3 % par rapport à l'année précédente, avec un niveau jamais atteint de 7 400 tonnes. Par comparaison à 2004, ce sont un peu plus de 400 tonnes de tabac à rouler qui sont vendues en plus par an et ce, malgré les augmentations du prix du tabac à rouler. Ce dernier a en effet augmenté de 17,6 % entre 2004 et 2008 pour s'établir aujourd'hui à 6 € (Figure 24). On peut souligner que les augmentations du prix du tabac à rouler ne semblent avoir aucune répercussion sur les quantités vendues.

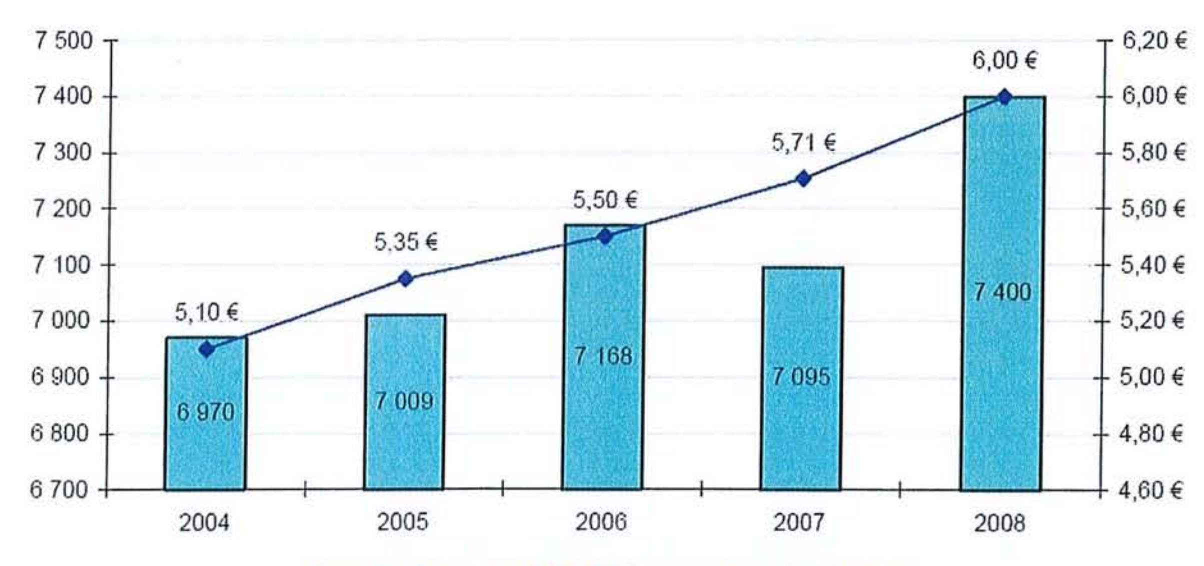


Figure 24 : Source OFDT, 2008 Prix et vente de tabac à rouler

Par ailleurs, les ventes ont chuté plus nettement dans certains départements (Moselle, Pyrénées-Orientales, Bas-Rhin) frontaliers de la Belgique, du Luxembourg ou de l'Espagne, où les cigarettes sont moins chères (24).

Les données de ventes de cigarettes offrent donc un aperçu de plus en plus imparfait des comportements des fumeurs, parce que ceux-ci ne fument pas que des cigarettes manufacturées et sont susceptibles de se fournir à l'étranger, voire au marché noir. En 2008 en tous cas la baisse des ventes de cigarettes a été plus ou moins compensée par l'augmentation des ventes de tabac à rouler.

Enfin, la comparaison des évolutions des ventes et de la prévalence du tabagisme suggère aussi que les comportements tabagiques connaissent des évolutions plus lentes que les ventes de cigarettes. Cette conclusion n'est pas forcément contradictoire avec les brusques fluctuations des ventes observées immédiatement après les hausses de prix(220). Outre que ces hausses conduisent sans doute les fumeurs à réduire leur consommation (donc les ventes), on sait que la plupart d'entre eux ont déjà essayé d'arrêter de fumer : il est probable que leurs tentatives d'arrêt, souvent éphémères, se synchronisent avec les hausses des prix qui constituent une bonne source de motivation pour l'arrêt sans que ce soit forcément durable. Ces augmentations des prix ont donc des effets parfois assez spectaculaires à court terme, mais ceux-ci s'estompent ensuite partiellement (également à cause des effets de stock : beaucoup de fumeurs font des réserves juste avant les hausses et ensuite n'achètent plus de cigarettes, mais seulement jusqu'à épuisement de leur stock).

Les données du Baromètre santé 2005 confirment le recul du tabagisme depuis 2000, en particulier à l'adolescence. Ce recul accentue la tendance observée chez les hommes sur le long terme et affirme celle plus tardive et moins marquée obtenue pour les femmes. Toutefois, ce recul était plus net en 2003 qu'en 2005. D'autres travaux en population adolescente ont montré que les mesures de lutte contre le tabagisme ont surtout eu un effet dissuasif sur les jeunes n'étant pas encore fumeurs (21). Les analyses présentées ici suggèrent que l'augmentation des prix a bien eu un effet incitatif à l'arrêt du tabagisme, mais il semble que cet effet soit relativement éphémère et que la motivation qu'elle suscite ne se concrétise pas toujours par des arrêts réussis (un prix élevé constitue sans doute une source de motivation pour tous, mais le succès survient plus souvent lorsque les motifs sont plus profonds que les seules raisons économiques). Les auteurs du baromètre 2005 avaient prévu une stagnation des ventes d'ici 2008 en raison du gel des prix prévu...

♦ Campagnes de prévention et législation

Par ailleurs, selon ces mêmes auteurs il ne faut sans doute pas sous-évaluer l'impact des campagnes de prévention du tabagisme. Celui-ci semble dérisoire si on le mesure directement : ainsi, parmi les ex-fumeurs et les fumeurs actuels qui ont déjà arrêté pendant au moins une semaine, seul 1 % motive spontanément cet arrêt par les campagnes de prévention. Toutefois, dans le même temps, les arrêts les plus récents sont plus souvent motivés par la peur des maladies des au tabagisme ou plus généralement par la prise de conscience de ses conséquences nocives, et ces motivations caractérisent également les arrêts réussis, au moins parmi les femmes. Or cette peur et cette prise de conscience sont très probablement nourries par les messages préventifs qui trouvent donc là un indice de leur efficacité, même si elle échappe aux fumeurs eux-mêmes. La diffusion régulière de tels messages contribue à faire évoluer les représentations du tabagisme, notamment lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre d'une dénormalisation, approche globale consistant à changer les normes sociales régissant l'usage de tabac en jouant à la fois sur le climat social et sur le cadre légal(142).

Cela étant, les résultats suggèrent aussi que les motivations de l'arrêt renvoient parfois à des circonstances spécifiques, et requièrent donc sans doute, pour être cultivées plus efficacement, des

messages ciblés (*cf.* en particulier les arrêts masculins motivés par la naissance d'un enfant ou une grossesse).

On pourrait donc penser que le message en santé publique, qui est fait pour être plus global, doit s'adapter lui aussi, être ciblé. Cela suggère aussi qu'une prise en charge individualisée est d'une grande pertinence en ciblant le discours sur le patient.

En France, les lois Veil 1976, Evin 1991, avec une hausse des taxes sur la cigarette et notamment une forte hausse en 2003-2004 ont donc eu des effets. Il est encore tôt pour évaluer en France l'effet de la loi sur le tabac dans les lieux publics de 2007 et son renforcement en 2008 aux débits de boissons, les premiers effets pourraient se faire sentir sur les fumeurs passifs que sont les employés travaillant dans ces lieux. Mais les études faites à l'étranger montrent des bénéfices quasi-immédiats et réels sur les fumeurs passifs en termes de morbidité et de mortalité : moins de troubles respiratoires (jusqu'à -25% chez les employés), moins de cancer du poumon et de maladies cardio-vasculaires (jusqu'à -9%)(157).

En 2005 (220) près d'un fumeur sur cinq avouait ne pas respecter les zones non-fumeurs dans les bars, *versus* un sur six pour les lieux publics couverts et un sur dix sur le lieu d'étude ou de travail ainsi que dans les restaurants. Cette hiérarchie étant quasi identique pour les deux sexes, même si quel que soit l'endroit, les hommes avouent toujours plus souvent que les femmes fumer malgré l'interdiction. Il convient de noter que dans la mesure où ces questions portent sur des comportements théoriquement interdits, il est possible que les fumeurs les sous-déclarent : par conséquent, ces résultats sous-estimeraient la propension réelle des fumeurs à passer outre la signalétique non-fumeurs. Globalement, 35,9 % des fumeurs déclaraient enfreindre l'interdiction de fumer dans au moins un type de lieu, les hommes (40,7 %) plus souvent que les femmes (30,0 %). Cette propension décroît avec l'âge, avec un écart entre les deux sexes qui tend à s'estomper : entre 12 et 19 ans, 61,8 % des garçons et 53,4 % des filles déclarent un tel comportement, *versus* 19,4 % des femmes et 19,1 % des hommes parmi les fumeurs âgés de 66 à 75 ans. Le prochain baromètre santé aura surement des différences importantes à relever depuis le durcissement de la loi qui touche tous les lieux publics sans distinctions, et qui visait surtout la santé des non-fumeurs (OFDT).

- Traitements et consultations : l'incitation

Un autre moyen global d'améliorer le taux d'arrêt du tabagisme est de proposer des traitements et des consultations, voire de rembourser les traitements quand ils sont à la charge du patient. Sur ce plan on constate une baisse généralisée des traitements pour l'arrêt du tabac malgré une augmentation du nombre de remboursements partiels. Sur l'ensemble de l'année 2008, les ventes en officines de ville des substituts nicotiniques enregistrent une nette diminution par rapport à 2007 : -22,6 %. On retrouve quasiment en 2008 les niveaux de vente de 2006.

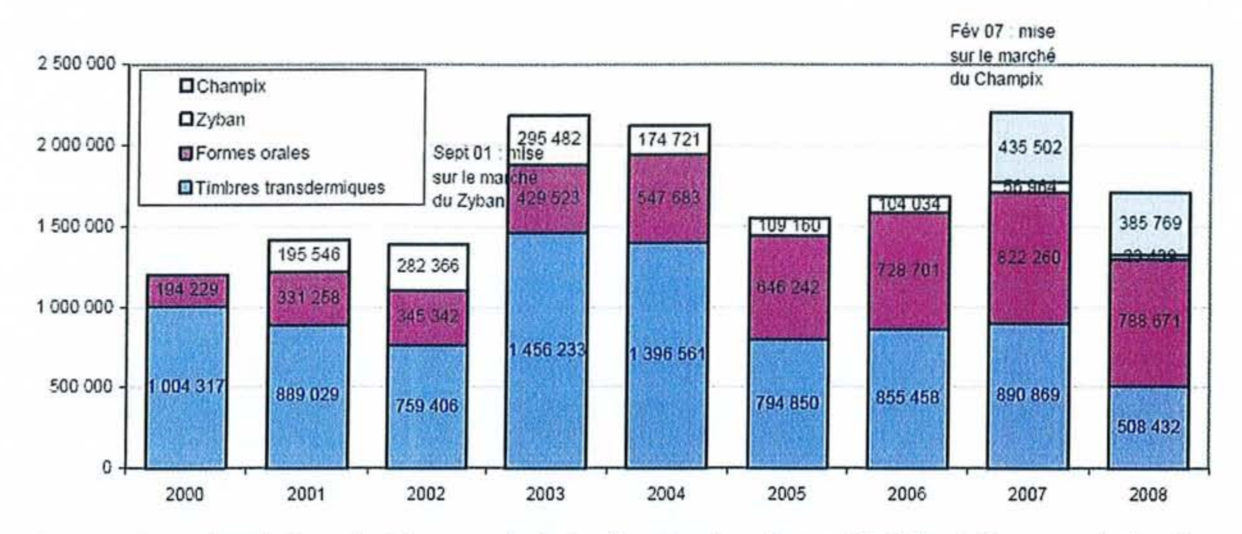


Figure 25. Ventes de substituts nicotiniques, en équivalent "nombre de patients traités" c'est-à-dire une traduction des ventes brutes de ces médicaments en nombre de mois de traitement.

Les ventes totales baissant, tous les types de substituts nicotiniques voient leur volume de ventes traduit en nombre de patients traités diminuer. Le partage des parts de marché se modifie quelque peu. Les ventes de substituts de formes orales baissent de 4,1 % entre 2007 et 2008. Ce sont les formes orales qui ont connu la baisse la moins importante de leurs ventes et leurs parts de marché progressent de presque 6 %. Les ventes de timbres transdermiques sont elles aussi en diminution entre 2007 et 2008. Avec une chute de 42,9 %. Leurs parts de marché diminuent dans le même temps de quasiment 10 %.

Le Zyban® confirme son déclin amorcé en 2007. Ses ventes chutent de 58,9 % entre 2007 et 2008 et sa part de marché en 2008 ne s'élève qu'à 1,4 % contre 2,6 % en 2007. Enfin, le Champix®, suite à sa mise sur le marché des plus réussies en 2007, gagne en parts de marché passant de 19,7 % en 2007 à 22,5 % en 2008. Ses ventes diminuent toutefois de 11,4 % entre 2007 et 2008 sans que l'on puisse dire si les études publiées en 2008 attribuant à la prise de varénicline des risques accrus d'accidents cardiaques, de crises d'épilepsie et de diabète aient eu un quelconque impact.

En février 2007, un système de prise en charge partielle (à hauteur de 50€ par an) des substituts nicotiniques a été mis en place par l'Assurance Maladie. Cette dernière a versé 428 770 forfaits de 50€ au titre de la prise en charge des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac en 2007, soit 21,4 millions d'euros. En 2008, ce sont 59 671 forfaits de plus qui ont été versés, soit 488 441 au total en 2008, représentant plus de 24 millions d'euros. Ce chiffre est inférieur au budget dédié à ce type de remboursements par l'Assurance Maladie qui prévoyait 60 millions d'euros.

En ce qui concerne les consultations de tabacologie : un peu moins de nouveaux patients mais une implication accrue des professionnels de santé est constatée en 2008. Les données relatives à l'activité des consultations de tabacologie ne sont étudiées que depuis 2006 à partir de l'informatisation d'une centaine de structures, Le nombre total de centres et de consultations de tabacologie en France est inconnu à ce jour. L'analyse de l'évolution de l'activité des consultations de tabacologie entre 2007 et 2008 met en lumière que les patients sont un peu moins nombreux à se présenter, et c'est un peu plus souvent envoyés par des professionnels de santé (59% versus 55% en 2007) et un peu moins suite à une démarche personnelle (37% versus 45% en 2007) : le délai moyen

d'attente pour un premier rendez-vous était de 18 jours en moyenne en 2007 ; il diminue nettement pour s'établir à un peu moins de 11 jours en 2008.

Les dispositifs d'écoute et des campagnes de prévention du gouvernement enregistrent un recul d'activité. En 2008, 21 565 appels concernant l'arrêt du tabac ont été traités en premier niveau par la ligne téléphonique Tabac Info Service (TIS) ; c'est presque 5 000 appels de moins qu'en 2007. Dans la mesure où ces appels sont fortement dépendants des campagnes de prévention mises en œuvre en France, cette baisse des appels téléphoniques peut s'expliquer par la diminution des campagnes d'information publiques distillées par le milieu associatif ou par les pouvoirs publics, via l'Inpes pour ces derniers. La baisse des sollicitations de la ligne Tabac Info Service peut aussi provenir du report progressif d'une partie des appelants potentiels vers le site www.tabac-info-service.fr. Ce site lancé en mai 2005 par l'Inpes a reçu près de 750 000 visites en 2008 et enregistré 15 000 inscriptions au *coaching* d'aide à l'arrêt du tabac.

Le nombre de jours de campagne d'information publique est en net recul : il n'y a eu que 72 jours de campagnes d'information sur le tabagisme en 2007 contre 119 en 2006 et 126 en2005. 2008 confirme cette tendance, avec toutefois un léger mieux : 81 jours de campagnes publiques. Le budget dédié à ces campagnes était en baisse en 2007, à hauteur de 4,2 millions d'euros, contre presque 10 millions d'euros en 2006. En 2008, ce budget double quasiment pour s'élever à 8,3 millions d'euros.

Dans ce contexte, ce bilan annuel fait apparaître une stabilité globale des indicateurs de ventes de tabac et même un recul relatif des chiffres des indicateurs de sortie du tabagisme. Il est difficile cependant de tirer un effet précis de ces mesures par rapport à la prévalence au seul vu de ces chiffres, qui donnent néanmoins une idée des mesures mises en place en France à grande échelle. La politique de santé publique concernant le tabac est globalement plus sévère. Les conditions d'accès à la cigarette, les campagnes publiques, les messages sur les paquets de cigarettes eux-mêmes sont devenus plus durs.

Dans la mesure où le message préventif s'est durci en France depuis quelques années, en mettant notamment l'accent sur les conséquences sanitaires nocives du tabagisme passif, il est à craindre que le fumeur n'apparaisse de plus en plus sur la scène publique comme un nouveau déviant, voire un délinquant, coupable de coûter cher à la société et d'empoisonner ses proches contre leur volonté. Une telle construction médiatique du fumeur n'est sans doute pas souhaitable d'après les auteurs du Baromètre Santé 2005(220): elle pourrait avoir des effets stigmatisants évidents, qui poseraient des problèmes moraux, et en outre elle risquerait de favoriser des effets contre-productifs susceptibles de saper l'efficacité des politiques de prévention(221)(19). Sur ce point, les données du Baromètre santé 2005 suggèrent que l'image des fumeurs dans l'opinion publique est déjà très dépréciée. Ainsi, la quasi-totalité des personnes interrogées jugent-elles que les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue et qu'ils sont responsables des problèmes de santé qu'ils rencontrent, tandis que plus de la moitié considèrent qu'il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs.

Les auteurs suggèrent qu'il serait certainement utile, dans les années à venir, de mieux cerner cet aspect des politiques publiques de lutte contre le tabagisme. Le message se devrait donc d'être plus ciblé et moins stigmatisant.

Nous espérons que le message de la thérapie individuelle et particulièrement de l'hypnothérapie semble répondre à cette attente. En effet, il tente de cerner les attentes et difficultés du patient, en s'intéressant à ce qui le pousse à fumer autant qu'à ses motivations pour arrêter. Ceci, dans une démarche déculpabilisante, hors de toute dénormalisation moralisante, ce qui peut augmenter l'adhésion au traitement et à l'alliance thérapeutique, le patient trouvant ses propres motivations pour arrêter.

b) Méthodes de sevrage tabagique

♦ Méthodes Pharmacologiques

- Les substituts nicotiniques

Ils sont de loin la méthode la plus représentée. Ils se présentent sous forme orale (gommes à mâcher, bonbons, tablettes), sous forme transdermique (patches), ou sous forme inhalée (inhalateurs). Ils remplacent temporairement la nicotine des cigarettes pour éviter les signes de manque et assurer la transition entre le tabagisme et l'abstinence.

La revue Cochrane à ce sujet (272) a analysé 132 études, dont 111 avec plus de 40.000 sujets, contrôlées randomisées versus placébo ou comparant différentes doses ou formes de NRT (Nicotine Replacement Therapy) sur une période de 6 mois. Le risque relatif d'arrêt par rapport au groupe contrôle est d'1,58 (IC95%=1,5-1,66). Ce même chiffre est d'1,43 (IC95%=1,33-1,53) pour les gommes, de 1,66(IC95%=1,53-1,81) pour les patches, de 1,9(IC95%=1,36-2,67) pour les inhaleurs et 2,0(IC95%=1,63-2,45) pour les tablettes.

Il n'y avait pas d'effets significatifs concernant l'effet de dose des NRT sauf chez les gros fumeurs où les gommes à 4mg étaient significativement plus efficaces que celles de 2mg. La combinaison de patches avec une forme à délivrance rapide est significativement plus efficace qu'une forme seule de NRT. Une seule étude entrant dans les critères Cochrane comparait les NRT avec le Bupropion et donnait l'avantage à ce dernier.

En somme, même si leurs résultats sont modestes, les NRT augmentent les chances de succès du sevrage quelles que soient leurs formes de 40 à 70% par rapport à aucun traitement. Leur efficacité est indépendante des thérapies associées, du contexte de prescription, de la durée du traitement, de l'intensité du soutien associé (même si celui-ci facilite le sevrage).

D'autres études nous éclairent sur les effets de la thérapie par substituts nicotiniques. Une revue de littérature parue en 2009 dans le British Medical Journal (BMJ) (203) présentait également les effets des arrêts de tabac avec des NRT en tant qu'aide. Les études étaient contrôlées, randomisées et concernaient des fumeurs qui ne déclaraient pas d'intention d'arrêter de fumer à court terme. Les études retenues comparaient un sevrage par NRT avec ou sans soutien motivationnel, avec un groupe contrôle placebo, un groupe sans traitement, un groupe autre traitement pharmacologique ou un groupe soutien motivationnel. Sept études ont été inclues (n=2767), les NRT ont été donnés pendant au moins six mois. Le taux d'arrêt à 6 mois était de 6,75%, soit deux fois le taux d'arrêt du groupe placébo. (RR=2,06 IC95%=1,01-3,91). Pas de différences significatives concernant les effets secondaires, excepté pour la nausée plus fréquente avec les NRT. (8.7% vs 5.3% IC95%= 1.21-2.36). En somme, dans ces données, les substituts nicotiniques sont efficaces chez les fumeurs qui n'ont pas l'intention d'arrêter dans l'immédiat, mais la plupart des

conclusions sont issues d'études où un suivi régulier était mis en place et il n'est pas clair pour les auteurs que la nicotine aurait marché à l'identique sans ces contacts réguliers.

De plus, bien que significativement supérieur au placebo, tous les chiffres montrent que la nicotine ne marche pas de façon absolue et sur tous les patients, puisque sans motivation à arrêter à court terme au début du traitement, un peu plus d'un patient sur vingt seulement arrête de fumer. Et même quand on est motivé, il ne suffit pas de prendre de la nicotine pour être sûr de s'arrêter. Les bénéfices d'un traitement de substitution sont assez modestes puisque les études les plus optimistes rapportent des chiffres de 25% environ d'arrêt en fin de traitement, et environ 15 à 20% au bous de six mois, souvent moins à un an.

Une revue du JAMA par exemple (101) sur le patch nicotinique rassemblant plus de 5000 patients montre 27% d'arrêt en fin de traitement et 22% à six mois, même si les taux sont significativement supérieurs au placébo. En combinant les stratégies, le chiffre augmente. Avec la combinaison patch et inhaleur (39) on arrive dans cette étude sur 400 patients a25% a six mois (contre 22,5% pour patch et inhaleur placebo p=0,56) et 19,5% (contre 14% p=0,14) a un an. Le traitement avec inhaleur + patch aurait tendance à donner de meilleurs résultats (cependant p>0,05, on ne peut donc pas l'affirmer), mais ici encore, même dans la meilleure hypothèse, 4 patients sur 5 environ n'arrivent pas à arrêter de fumer.

Quand on regarde les résultats des NRT à plus long terme(93) on peut évaluer si les effets du traitement par substituts nicotiniques durent dans le temps. Une étude a fait la revue de 12 essais contrôlés randomisés, avec un taux d'arrêt à 12 mois et dont le suivi s'étendait au delà de 12 mois (en l'occurrence entre 2 et 8 ans), avec au total 2408 patients traités et 2384 patients sous placébo. L'Odds Ratio au suivi final était en faveur des substituts nicotiniques (OR=1,99 CI95%=1,5-2,64). L'effet ne variait pas en fonction de la durée du suivi ou de la durée du traitement initial.

Le taux de rechute global entre la date de point à 12 mois et le suivi final était de 30% quelle que soit la durée du suivi, que ce soit dans le groupe NRT (quelle que soit la durée du traitement) ou le groupe contrôle. Le taux de rechute fait décliner l'efficacité globale des NRT, puisque l'écart entre le pourcentage d'anciens fumeurs dans le groupe NRT par rapport au placébo diminue.

L'efficacité relative des NRT est cependant soulignée par les auteurs comme étant durable bien que modeste. La majorité des rechutes ont eu lieu entre la première et la deuxième année, les auteurs concluent donc que les chiffres habituellement présentés pourraient surestimer l'efficacité et les bénéfices sur la vie entière des NRT d'environ 30%. Ils soulignent enfin que le bénéfice global et sur le long terme des NRT reste modeste et que le tabagisme peut être vu comme une maladie chronique, nécessitant une prise en charge plus longue, complexe, avec plusieurs épisodes de traitement.

Il nous semble cependant intéressant de constater que le taux de rechute global entre la date de point a 12 mois et le suivi final était de 30% quelle que soit la durée du suivi, que ce soit dans le groupe NRT (quelle que soit la durée du traitement) ou le groupe contrôle. Tout se passe comme si une fois un arrêt « acquis », il le reste ; et que quelque soit la méthode, le taux d'arrêt non durables est le même. Les NRT semblent rester au dessus surtout car le chiffre initial d'arrêt est significativement meilleur.

Une autre revue du BMJ en 2003 s'est intéressée aux études de patients suivis 8 ans après un traitement initial par patches ou placébo, qu'ils aient rechuté ou non, dans des essais randomisés contrôlés. (299). Au total 1686 patients ont été inclus, avaient entre 26 et 64 ans et fumaient 15 cigarettes par jour. 1532 sur les 1625 encore vivants 8 ans après ont été contactés, 840 ont répondus, plus facilement des femmes, et plus facilement des personnes qui avaient arrêté de fumer pendant l'essai initial. Les perdus de vus ont été considérés comme fumeurs. Le taux d'abstinence ainsi calculé était de 5% à 8 ans parmi ceux qui avaient arrêté pendant l'étude, avec un taux de rechute de 46%, similaire dans le groupe actif et placébo. Parmi ceux qui n'avaient pas arrêté pendant l'étude, 8% étaient abstinents à 8 ans (dont les trois quarts depuis plus d'un an). Au total, il y avait 11% d'abstinents.

Dans le groupe actif, parmi ceux ne fumant plus au bout de 8 ans il y avait autant de patients qui avaient arrêté à la fin de l'essai qu'entre la fin de l'essai et le dernier suivi. Dans le groupe placébo, le groupe des abstinents au bout de huit ans étaient au deux tiers constitués par des personnes ayant arrêté entre la fin de l'essai et le suivi final.

Dans le groupe actif, les chances d'avoir arrêté au bout de 8 ans étaient très légèrement plus fortes que dans le groupe placébo mais de façon non significative (88,1% versus 87,2%) car l'essai n'était pas assez puissant. 5,9% versus 4,3% (écart non significatif), ont arrêté de fumer pendant les 8 années. De façon globale 87,6% des participants de l'essai fumaient toujours au bout de 8 ans (analyse en intention de traiter).

Beaucoup d'études montrent qu'en plus de la prescription il faut tenir compte de facteurs spécifiques. Par exemple les femmes s'arrêtent moins facilement que les hommes. Une méta-analyse de 11 études (n=6250) (222) montre un taux d'arrêt à 6 mois de 20,1% chez les hommes (versus 10,8% dans le groupe placébo), et de 14,7% chez les femmes (versus 10,1%). Cette différence ne variant pas dans les études avec ou sans suivi, les auteurs en déduisent que les femmes devraient être supplémentées en patches ou autres médicaments.

Une autre étude de 2003 parue dans Nicotine and Tobacco Research(40) a comparé des hommes et des femmes qui recevaient un traitement pas patches+ inhaleurs en fonction de leur dépendance physique et comportementale. 30,1% des hommes et 17,6% des femmes étaient abstinents à 6 mois, 23,0% des hommes et 10% des femmes à 12 mois. Mais l'étude a montré que les femmes avaient une plus grande dépendance comportementale (mesurée par le questionnaire de Glover-Nilsson) et une moins forte dépendance à la nicotine (mesurée par le questionnaire de Fagerstrom). Les auteurs suggèrent que les traitements pharmacologiques mais surtout comportementaux devraient s'adapter aux femmes pour leur donner plus de chances d'abstinence.

Enfin une étude de 2009 parue dans le Journal of Addictive Behaviours(63) montre que même sous traitement nicotinique le taux d'arrêt est très influencé par des facteurs psychiques et par le degré de dépendance. Des questionnaires psychologiques concernant l'anxiété et la personnalité ont été distribués à 297 fumeurs d'une étude contrôlée randomisée en double aveugle versus placébo. Cette étude montre que quel que soit le traitement (nicotine ou placébo) une augmentation du stress au cours de l'essai est associée à une plus faible probabilité d'arrêt, des traits psychotiques, névrotiques, ou une forte dépendance à la nicotine avaient les mêmes conséquences.

- Les autres méthodes pharmacologiques efficaces et régulièrement utilisées.

Les antidépresseurs ont été testés dans de nombreuses études. Deux raisons théoriques pouvaient faire penser que les antidépresseurs pouvaient agir dans la dépendance au tabac. Premièrement le manque de nicotine peut avoir pour effet un syndrome dépressif que le traitement pourrait compenser, deuxièmement la nicotine a des effets antidépresseurs et le traitement pourrait s'y substituer. La revue Cochrane sur le sujet (137; 135) a analysé 53 essais, testant l'effet de 10 antidépresseurs différents, toujours selon les mêmes critères (essai contrôlé, randomisé en double aveugle avec un suivi d'au moins six mois.) Le bupropion et la nortriptyline améliorent de façon significative le taux d'arrêt à six mois. Les autres antidépresseurs comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ne montrent pas d'efficacité. Les effets secondaires sont rares et bénins dans les études inclues.

C'est le **Bupropion** (Zyban ©) qui est le traitement le plus couramment utilisé après la nicotine. L'action est indépendante de l'effet antidépresseur et montre des taux d'action similaires aux NRT.

La **Varenicline** est le composant principal du Champix © commercialisé depuis 2007 en France. C'est un agoniste partiel des récepteurs à la nicotine qui agit an maintenant un niveau modéré de dopamine pour contrer les syndromes de manque (en tant qu'agoniste), tout en réduisant le plaisir de fumer(en tant qu'antagoniste). La revue Cochrane sur le sujet (47) a cherché les essais cliniques correspondant aux récepteurs partiels de la nicotine depuis que les premiers sont parus en 2006 et jusque Mars 2008. Au total, neuf études sont inclues soit 7267 patients dont 4744 prenant de la varenicline. La Varenicline avait de meilleurs résultats que le placébo, et de meilleurs résultats que le bupropion ou les NRT bien que le bénéfice soit plus modeste. Des effets secondaires existent possiblement de façon assez rare comme une humeur dépressive, de l'agitation, des conduites suicidaires, et de façon plus fréquente des nausées. L'effet de la Varenicline n'est pas démontré sur la prévention de la rechute. Le taux d'arrêt est aussi aux alentours de 20% et 25% calculé sur les mêmes périodes de 6 à 12 mois.(148; 11)

Tous ces résultats montrent bien que quel que soit le traitement chimique, l'efficacité reste limitée. L'association et l'optimisation d'un traitement non-pharmacologique est essentielle pour augmenter les chances de succès.

- Les méthodes pharmacologiques non démontrées ou inefficaces ou non utilisées pour d'autres raisons

L'anxiété est un des symptômes du manque de nicotine, il était donc logique d'imaginer que les **anxiolytiques** puissent aider au sevrage. La revue Cochrane sur le sujet (135; 136) a analysé l'action de différentes classes d'anxiolytiques (Bétabloquants, buspirone, benzodiazépine, méprobamate...). Sur les trois essais retenus, aucun ne montrait de preuve en faveur de l'action des anxiolytiques dans cette indication, même si le manque de données n'exclut pas un effet possible.

Les **opioïdes** ont également été testés. (67) Quatre essais sur la naltrexone n'ont pas amené de preuves suffisante. Les effets positifs versus placébo n'étaient pas statistiquement significatifs (OR 1,26 IC95%= O,8-2,01).

La **clonidine**, initialement utilisée pour faire baisser la tension artérielle agit sur le système nerveux central et pourrait réduire les signes de manque dans plusieurs addictions. Pour le tabac, peu d'essais ont été réalisés(115). Plusieurs sources de biais potentiels ont été repérées, et d'importants effets secondaires constatés comme une sécheresse buccale ou une sédation. Bien que les données disponibles soient en faveur de la Clonidine versus placébo, les effets secondaires en limitent l'intérêt.

La **Mecamylamine**(164) est un antagoniste de la nicotine, censé bloquer les effets positifs de la nicotine et réduire l'envie de fumer. Le peu de résultats disponibles semble montrer un bénéfice associé à la nicotine, mais les études inclues n'ont duré que 12 semaines et étaient de faible effectifs. Ces résultats demandent confirmation.

L'acétate d'argent produit un goût désagréable en association avec la cigarette. (165) Seules deux études correspondaient aux critères de Cochrane. Elles montrent une supériorité non significative versus placébo, car l'intervalle de confiance est large (OR 1,05 IC95%=0,63-1,73).L'augmentation du nombre d'arrêt n'était que de 4%. Le peu d'effet reflète surement les difficultés d'observance d'un produit qui crée un stimulus désagréable.

Le **Rimonabant**(43), antagoniste sélectif des récepteurs cannabinoïde de type 1 a été testé pour l'arrêt du tabac. Il était censé rééquilibrer la balance du système endocannabinoide perturbée par la nicotine. La dose de 20mg était la seule à avoir des effets sur l'arrêt du tabac mais sans preuves valides sur le maintien de l'abstinence. Il permettait aux obèses de perdre du poids, mais pas aux patients de poids normal. En France le Rimonabant a été commercialisé sous le nom d'Accomplia© dans le traitement de l'obésité, puis retiré du marché suite à des effets secondaires importants sur le plan psychiatrique.

Enfin pour deux autres substances, la **Lobeline** (268) et la **Nicobrévine**(270) Aucune étude ne correspond à l'intégralité des critères Cochrane.

- Méthodes non-pharmacologiques

Nous avons séparé ces méthodes en trois catégories : les méthodes individuelles, les méthodes dans lesquelles l'individu est traité au sein d'un groupe, et enfin les méthodes qui évaluent des comportements soignants différents.

- Méthodes individuelles

La méthode la plus efficace est le suivi individuel par un spécialiste du tabac à même de donner des conseils comportementaux et un soutien individuel. La revue Cochrane sur le sujet(166) 21 études ont été retenues par la revue Cochrane, permettant d'évaluer 7000 participants. Au total le suivi en face à face avec un spécialiste est plus efficace que le groupe contrôle. Dans trois essais où les participants recevaient des NRT la supériorité n'était pas statistiquement significative. Le suivi intense n'était pas supérieur au suivi bref, nous laissant penser que la qualité du message est plus efficiente que sa quantité.

Le conseil téléphonique a également été testé. (273) Les services téléphoniques fournissent du soutien et de l'information. Le conseil peut être fourni au fumeur dans le cadre d'un suivi ou être donné en réaction à un appel spontané. Les deux sont efficaces, mais l'appel spontané l'est plus. Un

plus grand nombre d'appels améliore l'abstinence, il y a donc un effet de dose. Les appels deviennent efficaces à partir de trois, plus efficaces que les méthodes fournies pour arrêter « seul », les conseils brefs, la pharmacothérapie seule.

Les outils visant à aider les fumeurs à s'arrêter par eux-mêmes (livrets et autres) a été comparé (167) a des interventions plus individualisées ou à l'absence d'intervention. 33 études montrent un effet supérieur à l'absence d'intervention (n=13733 ; OR 1,24 IC95%=1,07-1,45) Les études comparant à un groupe ou s'ajoutait de l'aide en face à face, ou des NRT ne montrent pas de différence, les études ou différents types de livrets sont comparés non plus. En revanche des études ont montré des bénéfices à l'ajout d'interventions plus ciblées. En somme les effets sont faibles mais réels, il n'y a pas de preuve qu'y ajouter les conseils d'un professionnel ou des substituts nicotiniques ait un effet. En revanche il a pu être démontré que les outils plus individualisés étaient plus efficaces, même si la différence est faible. Encore une fois plus la méthode s'adapte et plus le fumeur semble répondeur. Soulignons aussi que les patients choisissant de s'aider juste d'un livret sont probablement les plus motivés.

L' "Aversive smoking" consiste à associer le stimulus « cigarette » à un stimulus désagréable. La méthode la plus connue est le « rapid smoking » dans laquelle on demande au fumeur de fumer le plus rapidement possible, ce qui entraîne une sensation désagréable et théoriquement le dégoût du tabac. Ces thérapies s'appuient beaucoup sur l'idée de réflexe conditionné. Une revue Cochrane(123) a analysé 25 études. Celles utilisant le « rapid smoking » donnaient un résultat positif statistiquement significatif mais à interpréter avec précautions en raisons de failles méthodologiques importantes. Les études méthodologiquement bien réalisées montraient une efficacité non statistiquement significative de la méthode. Les autres méthodes d' « aversive smoking » n'ont pas pu prouver leur efficacité. Les auteurs concluent à un manque de preuves pour cette méthode qui justifierait cependant d'être évaluée avec une méthodologie plus moderne et plus rigoureuse.

Certaines méthodes sont basées sur l'exercice physique visant à réduire le manque et à gérer la prise de poids. La revue Cochrane(280) a retenu 13 études, incomparables entre elles, pour la plupart assez petites, avec une efficacité significative versus contrôle dans 3 d'entre elles a un an, une avec un bénéfice à 3 mois mais pas à long terme, et les autres sans bénéfice significatif. Au final un seul essai permettait d'attribuer l'augmentation du nombre d'arrêts à l'exercice, les autres étant trop petit pour exclure que l'effet soit du au reste de l'intervention. Des études plus rigoureuses et plus larges sont nécessaires avec des groupes plus comparables.

L'analyse de l'efficacité de l'acuponcture ou d'autres méthodes semblable comme l'électrostimulation a été analysée au travers de 24 études(289). L'acuponcture ne montre pas d'efficacité à long terme mais des problèmes méthodologiques, et notamment une grande hétérogénéité dans les études empêche les auteurs de conclure de façon formelle, ce qui justifie selon eux de nouvelles recherches avec des stimulations plus fréquentes ou continues.

- Méthodes mettant en jeu le fumeur au sein d'un groupe

La thérapie de groupe permet d'apprendre des techniques comportementales de sevrage et de recevoir le soutien des autres membres du groupe. (269) Cette hypothèse à été testée dans une revue Cochrane de 55 études. La thérapie de groupe marche significativement mieux qu'un programme d'auto-aide à l'arrêt (16 études, n=4395 OR=2,04 IC95%=1,6-2,6), mieux que l'absence

d'intervention (7 études, n=815, OR= 2,17, IC 95%=1,37-3,45). En revanche elle ne marche pas mieux qu'un suivi individuel. Ajoutée à d'autres interventions (conseils d'un professionnel, NRT) elle n'en augmente pas le succès. Aucun composant psychologique particulier dans le groupe (manipulation des liens sociaux dans le groupe ou autres interventions particulières) n'a montré de supériorité par rapport aux thérapies de groupes utilisées habituellement.

La recherche suggérait qu'augmenter l'implication du partenaire de vie dans l'arrêt du tabac pouvait encourager l'abstinence. 40 articles ont été analysés dans la revue Cochrane (214) dont seulement 9 remplissaient les critères. L'odds-ratio à 6 ou 9 mois était en faveur de ce genre d'intervention mais de façon non significative, et à 12 mois, il n'y avait pas de bénéfices par rapport au groupe contrôle. Par ailleurs, sur les six études ayant mesuré l'implication du partenaire à 12 mois, seulement deux l'ont trouvé augmenté. En somme il n'y a pas de preuves qu'augmenter l'implication du partenaire augmente les taux d'arrêt, même si le peu de résultats disponibles montrerait que les interventions n'ont pas augmenté le soutien du partenaire. Aucune conclusion ne peut donc être faite sur l'impact de l'implication du partenaire. La décision relève peut-être uniquement de la motivation intrinsèque de la personne.

Les interventions sur le lieu du travail peuvent encourager les arrêts de tabac(44). Elles peuvent prendre la formes de programmes de groupes, suivi individuel au sein de l'entreprise, NRT qui augmentent le taux d'arrêt, ou de distribution d'outils pour s'arrêter par soi même (livrets) mais qui étaient moins efficaces. Les interventions basées sur les encouragements ou les concours augmentent les tentatives mais pas le taux d'arrêt à long terme. En somme les thérapies de groupe, individuelles ou substitutives fonctionnent que ce soit au travail ou ailleurs. Les interventions visant à s'arrêter par soi-même ou mettant en jeu le groupe sont moins efficaces (ceux qui en bénéficient ont plus de chances d'arrêter mais le nombre d'arrêt reste bas). Les interventions sous formes d'encouragements et de compétitions organisés par les employeurs ont un niveau de preuve très limité. Les programmes sanitaires globaux ne fonctionnent pas. Sur le lieu du travail comme ailleurs, l'intervention plus individualisée fonctionne mieux.

Les compétitions et autres encouragements financiers et incitations à arrêter ont été utilisés pour renforcer les changements comportementaux. Ils ont été utilisés dans le cadre du travail, mais aussi au niveau de communautés ou groupes socioculturels(45). Dans les 17 études retenues, il n'y avait pas d'éléments probants en faveur de ces façons de procéder. Rémunérer la participation augmentait le taux de participation, mais les succès à court terme de ce genre d'interventions ne se confirment pas à six mois.

Dans de nombreux endroits à travers le monde (80 pays) sont mis en place des concours permettant de gagner des prix si on arête de fumer(46). Certains articles montrent des effets de ces concours par rapport au groupe contrôle (de 8 a 20% d'arrêts en plus a un an) mais la mesure n'a que peu d'impact sur la population visée au départ, avec seulement un arrêt sur 500 du au concours. De plus, quand les niveaux de tricherie ont été mesurés ils étaient assez hauts. Les concours internationaux semblent donner de bons résultats, surtout dans les pays en voie de développement, mais il n'y a pas assez d'études bien menées pour l'affirmer avec fermeté.

- Méthodes faisant intervenir les professionnels de santé

Différentes interventions de professionnels de santé ont été évaluées. Une des stratégies possibles serait d'informer les fumeurs sur des données biomédicales ou des risques potentiels liés au tabac, en leur donnant par exemple leur taux de monoxyde de carbone expiré, leur fonction pulmonaire ou leur susceptibilité génétique au cancer du poumon. Cette idée est notamment en lien avec l'idée que c'est la peur de la maladie qui est évoquée par une bonne proportion de fumeurs pour justifier leur arrêt(220). La revue Cochrane(36) a analysé des études d'efficacité de ce genre de mesure associé au suivi. Onze études ont été analysées et montrent que la mesure du CO ou la spirométrie n'améliorent pas de façon significative les taux d'arrêt, y compris en association ou associé à la mesure de la susceptibilité génétique. Le calcul de l'âge pulmonaire associé à la spirométrie a montré un bénéfice dans un essai, de même qu'une échographie carotidienne et fémorale avec photographie des plaques chez des petits fumeurs. Il n'y a dans l'ensemble que peu de preuves pour affirmer que ce genre d'intervention améliore le taux d'arrêt.

Nous pouvons mettre ce résultat en lien avec l'idée de l'ambivalence génératrice de résistance (cf. partie III.3) qui fait qu'un fumeur, même au courant des risques ou en ayant expérimenté une partie ne se résoudra pas forcément pour cette raison à arrêter, et peut même résister au médecin qui chercherait à l'abreuver d'arguments « raisonnables ». L'arrêt est le fruit d'une décision personnelle, pas d'une moralisation normalisante ou d'une peur qu'on chercherait à induire.

Les interventions brèves de professionnels de santé améliorent les taux d'arrêt. Est-ce qu'en entraînant les professionnels a des techniques particulières on augmente leur chance d'aider les patients ? Il en ressort après analyse précise des articles portant sur la question (163) que les professionnels « entrainés » étaient plus facilement aptes à accomplir des actes thérapeutiques en lien avec l'arrêt du tabac que les autres. En revanche il n'y avait pas de preuve d'amélioration du taux d'arrêt.

Il semble donc se confirmer que les interventions psychologiques sont une affaire d'interaction, et que la qualité de l'interaction n'est pas qu'une question de technique.

Les interventions des professionnels travaillant dans les pharmacies ont été évaluées. Ils sont souvent en première ligne pour informer ou conseiller notamment concernant les substituts nicotiniques. Une revue Cochrane (261) a analysé les études comparant les interventions des pharmaciens orientées vers l'arrêt du tabac à l'intervention plus classique du pharmacien. Seulement deux essais anglais ont été inclus. Ils suggèrent une efficacité dans le rôle du pharmacien fournissant un conseil voire s'occupant d'un programme de soutien pour leurs clients. Evidemment le niveau de preuve est limité en raison du nombre limité d'études inclues.

Pour évaluer l'impact du conseil des médecins, la revue Cochrane (267) a sélectionné selon leurs critères 41 études dans lesquelles un médecin ne parlait pas du tabac pendant au moins six mois avant de donner un conseil. L'effet de ces conseils « minimaux » existe même s'il reste faible et augmente le taux d'arrêt sans assistance de 1 à 3% supplémentaires.

Les interventions par les infirmières fonctionnent(240). A l'analyse de 42 études remplissant les critères de la revue Cochrane, l'intervention d'une infirmière par rapport à un groupe contrôle ou aux soins « habituels » augmente significativement les chances d'arrêt. Des éléments plus indirects suggèrent que ces interventions sont plus efficaces chez les patients atteints de maladies

cardiovasculaires que les autres. Les résultats sont positifs aussi chez les patients non hospitalisés. L'enjeu pourrait donc être d'introduire l'arrêt du tabac dans la pratique standard des services pour que plus de patients aient une opportunité de parler de, et d'être conseillés sur leur tabagisme par les infirmières.

c) La réduction des risques

Arrêter de fumer reste difficile. Même avec les meilleures interventions, le taux de réussite est modeste. De nombreux fumeurs n'y arrivent pas. De plus, de nombreux fumeurs ne veulent pas arrêter. Il serait raisonnable de penser que chez les fumeurs incapables ou ne voulant pas arrêter, on pourrait réduire le risque en diminuant l'exposition aux toxines en réduisant la quantité de tabac consommée ou en utilisant des produits moins toxiques. Les études sur la question ont le plus souvent visé la réduction du tabagisme.

La revue Cochrane(271) a analysé 13 études visant à la réduction de la consommation. Les NRT, gommes ou inhaleur, aidaient significativement à réduire. Mais peu de gens dans les groupes NRT ou contrôle arrivaient à maintenir leur abstinence. Un essai sur le bupropion n'améliorait pas la réduction. Quatre essais sur des conseils ou des instructions pour réduire le tabagisme ne montraient pas de preuve claire.

Il n'y a pas selon les auteurs de preuve du bénéfice à long terme d'intervenir pour réduire le tabagisme sans l'arrêter. Certains ne voulant pas arrêter peuvent être aidés à diminuer et réduire ainsi leur taux de CO expiré en utilisant des gommes à la nicotine ou des inhalateurs. Mais le bénéfice d'une diminution n'étant pas clair, cette application des NRT devrait plutôt être considérée comme un précurseur à l'arrêt.

Des arguments épidémiologiques laissent penser que la réduction du nombre de cigarettes par jour n'est pas bénéfique. D'après Hill et Laplanche (130) l'excès de risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne journalière (dose de tabac) et de l'ancienneté de son tabagisme (durée). Pour le cancer bronchique, qui est le plus spécifiquement lié au tabac et qui a été le plus étudié, l'excès de risque est proportionnel à la dose et proportionnel à la durée à la puissance 4 ou 5. En conséquence, doubler la dose double l'excès de risque, doubler la durée multiplie l'excès de risque par un terme entre 16 (2^4) et 32 (2^5), disons 20. Une conséquence de cette observation est l'important bénéfice lié à l'arrêt du tabac. En effet, arrêter la consommation de tabac diminue la durée du tabagisme qui est le facteur de risque le plus important.

Une étude (225) a estimé le risque cumulé de cancer du poumon chez des sujets qui ont continué à fumer régulièrement et chez des sujets ayant arrêté, en fonction de l'âge à l'arrêt. Le risque cumulé de cancer du poumon jusqu'à l'âge de 75 ans (en éliminant les autres causes de décès) est égal à 16 % chez les fumeurs ayant continué à fumer et à 10 %, 6 %, 3 % et 2 % chez les sujets ayant arrêté à 60, 50, 40 et 30 ans.

Au contraire, un fumeur qui réduit sa consommation diminue la dose mais l'effet bénéfique de cette réduction est beaucoup moins important. De plus, cette réduction de dose est le plus souvent obtenue par le passage à des cigarettes plus légères. Or ceci entraîne une modification compensatoire de la façon de fumer : notamment une inhalation plus rapide et plus profonde qui augmente le rendement en nicotine recherchée par le fumeur, mais aussi le rendement en goudrons. Les effets bénéfiques de la réduction de dose sont donc en grande partie annulés par un changement

dans la façon de fumer. Ainsi, pour ces mêmes auteurs, le conseil de réduire la consommation est-il un mauvais conseil, comme celui de passer des cigarettes fortes aux cigarettes légères.

D'autres équipes, comme celle du Pr Martinet estiment(188) que face à la dépendance, la cigarette est le plus mauvais moyen d'obtenir de la nicotine. Devant la difficulté des fumeurs a se "contenter" des NRT, recherchant une montée importante de nicotine que la cigarette leur fournit (et pas les NRT) ce qui explique pour partie les rechutes, les auteurs estiment important d'évaluer l'effet d'autres produits issus du tabac moins toxiques que la fumée de cigarette. Il y a cependant peu d'études sur cette question, pourtant légitime(189). Le tabac est une des substances psychoactives les plus consommés avec la caféine et l'alcool. C'est essentiellement la nicotine qui est à l'origine de l'addiction chimique parmi les substances qu'il contient. La principale stratégie mondiale privilégiée par l'OMS est de faire réduire ou arrêter la consommation de tabac(34). Cependant ce n'est pas la nicotine qui les tue mais les autres substances associées et cela, quand le tabac est brulé et sa fumée inhalée.

La "réduction des risques » est généralement controversée, et par conséquent, peu évaluée(190). Certains ne veulent pas ouvrir le débat pendant que l'industrie du tabac produit du « Tabac sans fumée » comme le snus. Le snus est de la poudre de tabac humide généralement tassée et place sous la lèvre supérieure pour une durée de quelques minutes à plusieurs heures. Le snus est principalement fabriqué et consommé en Norvège et en Suède, la consommation moyenne en Suède est de 800grammes par habitant et par an. Les ventes ont augmenté dans ce pays depuis que la législation s'est durcie sur la vente de cigarette. Le snus contient plus de nicotine mais affecte moins les poumons que les cigarettes car il n'est pas inhalé. Les fumeurs gagnent en terme de santé(112), la Suède à un taux de tabagisme « fumé » faible et le plus bas taux de cancer du poumon en Europe, sans qu'il soit pour autant donné d'argument en faveur du snus dans les études épidémiologiques mondiales. En revanche le snus augmente le risque de cancer du pancréas(180). Sa consommation est interdite en Europe à l'exception de la Norvège et de la Suède.

On peut donc se demander, si l'on ne peut éliminer la nicotine, peut-on en réduire les risques? Ce genre de politiques existe déjà dans le domaine de l'addiction comme les programmes de distribution de seringue aux utilisateurs de drogues intraveineuses. Selon les auteurs, un certain dogmatisme du « lobby anti-tabac » empêche de se poser la question. Il existe aussi la crainte que l'encouragement de la réduction des risques liés au tabac puisse augmenter le nombre de fumeurs, laissant penser que « moins dangereux » signifie « pas dangereux ». Cela, même si les travaux sur la question montrent un moins fort taux de tabagisme quand ces produits sont utilisés, et qu'ils « protègent » du tabagisme. L'absence de réflexion large sur la question peut aussi s'expliquer en partie par l'absence de représentants des fumeurs dans le débat contrairement aux associations de malades (du fait du statut « légal » du tabac, et de l'aspect de « libre choix » du tabagisme), mais également par l'absence d'information sur les stratégies de réduction des risques.

Les auteurs se demandent s'il ne serait pas plus éthique d'encourager l'usage du tabac oral auprès des fumeurs au titre d'une réduction de risque, plutôt que de les blâmer pour leur manque de volonté ; s'il ne serait pas souhaitable que fumeurs et population générale participent au débat ; si l'industrie pharmaceutique ne pourrait pas créer des produits qui délivreraient une montée importante de nicotine, et sur la position possible des pouvoirs publics sur une telle politique de réduction des risques. Une politique de santé publique promouvant la réduction des risques devrait

néanmoins s'entourer de précautions autour de son utilisation pour ne pas que le message soit récupéré par l'industrie du tabac à mauvais escient.

Cette technique est plus pragmatique et ne représente pas au sens strict une technique de sevrage tabagique mais nous voulions la présenter car elle pourrait représenter un enjeu important dans les années à venir.

d) Conclusions sur les méthodes de sevrage tabagique

Comme nous l'avons vu il existe une grande diversité de procédés pour arrêter de fumer. Quelques unes sont encouragées et ont de nombreux arguments « scientifiques » en leur faveur, d'autres ont été peu étudiées et il est difficile de savoir si elles sont efficaces dans l'absolu ou dans certaines conditions.

Certaines prennent appui sur la dépendance pharmacologique qu'il faudrait défaire, d'autres sur des comportements ritualisés à éduquer. Certaines centrent leur action sur la peur de la maladie qui ferait fuir le fumeur, d'autres sur la jouissance d'une liberté retrouvée. Certains fumeurs ressortent d'une consultation antitabac avec une ordonnance chargée de médicaments, d'autres avec une liste fournie de conseils adaptés et d'autres encore n'ont eu droit qu'a quelques incantations et gestes douteux. Lorsqu'il y a succès, il est attribué à la méthode par son promoteur, et ce même succès est attribué à l'effet placébo dans le « camp » adverse.

En somme différentes interventions sont possibles. Certains auteurs en ont fait la revue globale. Que ce soit pour la dépendance à la nicotine ou au rituel tabagique, la tolérance devient plus forte et un syndrome de manque se fera ressentir. Certains signes seront physiques, et d'autres patients connaîtront une angoisse à la simple idée d'arrêter. Les traitements pharmacologiques ou non sont efficaces, mais une judicieuse combinaison des deux peut l'être encore plus(191). Les substituts nicotiniques peuvent soit délivrer une dose continue de nicotine (patches), soit une dose ponctuelle (gommes, inhaleurs), aucune forme n'a démontré sa supériorité face aux autres, même si certaines études prônent la combinaison de plusieurs formes. Les autres méthodes efficaces sont le bupropion et la varenicline. Les interventions psychologiques auprès du patient s'avèrent efficaces, qu'elles relèvent du simple conseil ou soient plus élaborées.

Certains auteurs ont fait la « revue des revues »de 2000 à 2008(174) dans Cochrane et Medline. Ils arrivent aux conclusions à peu près identiques : sont efficaces :

- les thérapies de groupe, (OR=2,17 IC95%=1,37-3,45)
- le bupropion (OR=2,06 IC95%=1,77-2,40)
- les conseils d'un médecin (OR=2,04 IC95%=1,71-2,43)
- les NRT (OR=1,77 IC95%=1,66-1,88)
- le suivi individuel (OR=1,56 IC95%=1,32-1,84)
- le suivi téléphonique (OR=1,56 IC95%=1,38-1,77)
- les interventions infirmières (OR=1,47 IC95%=1,29-1,67)
- les interventions ou outils d'aide pour arrêter par soi même quand elles sont ajustées ou personnalisées (OR=1,42 IC95%=1,26-1,61).

Les auteurs évaluent qu'une augmentation de 10% des prix augmente de 3 à 5% les arrêts, et que les lois concernant les lieux non-fumeurs peuvent également augmenter les arrêts. En somme il

existe un grand nombre d'interventions possibles. Une revue du BMJ en 2000 (168) arrivait aux mêmes conclusions.

Une autre revue(226) divise les traitements du tabagisme en quatre catégories : les NRT, les thérapeutiques pharmacologiques non nicotiniques, les thérapies cognitivo-comportmentales, les thérapies alternatives. Après analyse des avantages et inconvénients au travers de la littérature, les auteurs analysent certaines de ces thérapies seules ou en association a partir d'essais randomisés contrôlés. En conclusion, les résultats de ces analyses confirment que les thérapies et les traitements sont importants, et que le soutien psychologique et la motivation personnelle sont indispensables pour le succès d'un arrêt du tabagisme.

Davoli constate de façon intéressante dans une revue de littérature(68)de 30 articles dont 15 revues Cochrane, qu'il n'y a pas de preuve de la supériorité d'une stratégie sur une autre entre le simple conseil médical, une intervention structurée des infirmières, un suivi individuel, une thérapie de groupe, des NRT, du bupropion. Il constate aussi qu'il est possible d'arrêter le tabac même sans intervention, bien que celles-ci augmentent les chances de réussite. Il est donc difficile de faire la part des choses entre toutes ces techniques.

Dans le domaine de l'addiction, l'efficacité de plusieurs approches, les difficultés rencontrées dans le sevrage, l'intrication de la part physique et psychique autorise à faire intervenir à la fois les découvertes scientifiques autour des méthodes d'arrêt du tabac et le désir du fumeur quant à la méthode à employer. Le praticien doit pouvoir proposer une méthode efficace et qu'il maitrise, le patient doit pouvoir adhérer à ce qu'on lui propose.

D'après la revue *Prescrire*, Le médicament n'est qu'une petite partie des aides à l'affranchissement de la dépendance tabagique, la motivation du patient ainsi que le soutien psychologique semblent jouer des rôles essentiels (153), c'est même surement le plus important(155). L'efficacité (modeste) des médicaments à base de nicotine n'est démontrée que pour des niveaux de dépendance moyenne ou forte et conditionnée à la motivation du patient et à un soutien psychologique.(154) En somme, les auteurs de *Prescrire* concluent que quand un médicament paraît souhaitable pour le sevrage tabagique, la nicotine est le médicament ayant la meilleure balance bénéfices-risques(158) mais gérer la part psychologique, la motivation, le soutien, sont des priorités(156; 159).

Si l'on interroge les fumeurs sur la méthode qu'ils préfèreraient, une certaine sélection s'opère entre ceux tentés par une méthode pharmacologique et ceux tentés par une approche non-pharmacologique. Sans oublier ceux qui envisagent d'arrêter seuls et qui forment le groupe le plus important. Les méthodes antitabac correspondent aux désirs des patients et de leurs thérapeutes. Ceci est particulièrement frappant quand on parle de la dépendance nicotinique. Certains chercheurs y attachent la plus grande importance et s'appuient essentiellement sur les NRT, alors que d'autres la trouvent négligeable au regard des dépendances gestuelles et comportementales. De plus aucune méthode n'a de résultats majeurs et sans équivoque, les thérapeutiques les plus démontrées arrivant à aider un fumeur sur 4 ou 5.

Il n'y a donc pas de bonne méthode dans l'absolu si ce n'est celle qui, dans le respect de l'éthique, a l'aval du patient et de son thérapeute. Si un centre antitabac pouvait proposer une certaine diversité dans les traitements, et avoir des arguments pour guider le patient là où il a toute

chance de guérir, il faudrait en outre que le patient l'accepte et que le thérapeute soit convaincu de l'efficacité de ce qu'il propose.

L'association de méthodes gérant la dépendance physique, mais aussi psychique et le phénomène de la motivation, sans faire de miracles pourrait peut-être aider un peu plus de fumeurs à abandonner la cigarette. Nous faisons l'hypothèse que l'ajout de l'hypnose au suivi classique pourrait y contribuer, à condition de cerner les bonnes techniques et indications.

III. Tabagisme et Hypnose

Dans une consultation d'hypnose, la sélection des patients s'opère d'elle-même et privilégie ceux qui sont tentés ou croient avoir besoin d'une méthode non pharmacologique. De longues explications et justifications de l'hypnothérapie lui sont donc épargnées, ce qui ne peut bien sur être le cas ici.

Le recours à l'hypnose témoigne selon Benhaïem (30) de la confiance que les patients ont dans leurs corps et dans leurs capacités physiologiques à dépasser le manque. Il est souvent du devoir de l'hypnothérapeute de montrer que cette méthode n'agit pas « toute seule », n'est pas « magique » et que sa réussite est due au patient et à ses ressources.

Certains pensent dans le milieu de l'hypnose, qu'elle est une méthode pour arrêter de fumer à condition que le tabac soit inscrit dans une « problématique de vie » que l'hypnothérapie aborde. On peut donc légitimement dans ce point de vue se poser la question: si le tabagisme ne correspond pas à une problématique de vie, si pour certains elle est une problématique purement chimique et comportementale, les patients ne seront peut-être pas attirés spontanément pour cette technique. Mais on peut aussi admettre que, sur eux, l'hypnose ne peut peut-être rien du tout...

D'autres peuvent penser que l'hypnose étant individualisée, adaptable, elle peut répondre aux besoins de chacun ayant une motivation pour arrêter. Il pourrait donc être intéressant de mettre en lien la réussite (ou le recours) à l'hypnothérapie dans le tabagisme avec certains traits de personnalités ou de psychopathologie comme l'anxiété, la dépression ou autres.

Même dans le milieu de l'hypnose, il n'y a pas de consensus sur les indications et les méthodes à employer face au tabagisme. Nous avons donc opté pour certaines hypothèses, inspirées par la pratique et l'expérience des praticiens de l'hypnose, et suggérées, parfois indirectement, par certains travaux indépendants. Il existe des dizaines de possibilités pour envisager une action de l'hypnose sur le tabagisme. Nous avons conservé celles qui nous paraissaient pertinentes, notamment celles qui seront utilisées pour le protocole d'étude que nous présenterons. Cela n'enlève rien aux autres possibilités d'hypnothérapie pour le tabagisme développées par d'autres auteurs.

1) Certains mécanismes d'action théoriques possibles de l'hypnose sur le tabagisme

- Habitus, plaisir et dépendance

Rappelons que l'hypnothérapie permet de faire accéder un sujet à un *état modifié de conscience* (l'état hypnotique ou transe hypnotique), par une technique dite *induction*. Pendant cet état, le sujet vit une modification de son expérience perceptive, propice à la réinterprétation des contenus de conscience. Plusieurs techniques permettent de mobiliser des *ressources*, notamment par le biais de *suggestions*. Le sujet peut changer les associations pensées-sensations-émotions et vivres des alternatives expérientielles. Pendant l'hypnose, les perceptions sont vécues avec beaucoup de réalisme par le sujet, et les changements perceptifs, bien que produits par le sujet, sont perçus comme provenant de l'extérieur ou involontaires (phénomène de *dissociation* propice au *lâcher-prise*). Cette réalité alternative rendue possible dans l'hypnose, aide le sujet à changer

durablement ses perceptions, sensations, cognitions, associations, et finalement son comportement, en intégrant certains aspects vécus dans cette expérience à sa vie quotidienne.

Le tabac s'inscrit dans un **habitus** ; il est associé aux phénomènes de **plaisir**, et de **dépendance**.

Face à l'**habitus**, l'hypnose propose une **rupture**, celle des perceptions habituelles, permettant une prise de conscience des cognitions aberrantes, des associations, des enchaînements délétères (par exemple par des techniques *métaphoriques* et des *suggestions* permettant d'associer le stimulus tabac à d'autres émotions et d'autres sensations).

Face à l'association hypnose-**plaisir**, l'hypnose propose une **déconstruction/reconstruction** du système de croyances, de pensées et de comportement (donc un changement) qui prendra pour origine le sujet lui-même, et non pas une méthode. Le sujet peut vivre par l'hypnose (par exemple par les techniques d'*anticipation*) un état différent, gratifiant, structurant, sans le tabac, et laisse entrevoir une possibilité de changement de ce que l'on croit savoir de soi-même. La singularité de l'hypnose est qu'elle amène le sujet à créer lui-même le mouvement enclenchant la modification cognitive et comportementale, par une sorte de « morphing » de perceptions et sensations, supplantant le conditionnement du fumeur.

Il est à la fois scénariste et acteur de la rupture des enchaînements aberrants : il choisit les variations, il en est le spectateur, et en contrôle l'exécution, il est dans et à l'origine de l'action grâce au phénomène de *dissociation* présent en hypnose. (Modélisé par Blakemore sur les études de neuro-imagerie lors de suggestions dissociatives (38)). Le sujet crée son propre programme de changement, dans un état particulier de vigilance ou le thérapeute est le « facilitateur ».

Face au phénomène de **dépendance**, l'hypnose facilite **l'acceptation** d'un nouveau schéma de vie, en construisant un nouvel état par les techniques de *mobilisation des ressources*. Le sujet prend conscience en état d'hypnose qu'il peut avoir un nouveau mode de vie.

- Disposition à une attention au corps/apprentissage/recadrage

Pour Roustang, l'hypnose est avant tout une **disposition**, une disponibilité pour le changement. Il semblerait que se mettre en état d'hypnose nous ouvre des possibilités et peut nous aider à changer nos relations au monde qui nous entoure.

Benhaiem souligne que l'hypnose permet de retrouver le **rapport au corps**(31). Quand une personne se présente pour une addiction notamment au tabac, on entend souvent deux parties dans son discours. Le fumeur dit à la fois que la substance plaît, attire, aide, c'est une « amie », une « contenance », une détente, une pause, un soutien qui les « aide à vivre ». Parallèlement, chez le fumeur souhaitant arrêter, la cigarette ou la fumée représente un dégout, une lassitude, une asphyxie, un danger. Cette contradiction peut être utilisée comme une métaphore. Si une personne a laissé entrer en elle une substance toxique, c'est qu'elle a perdu la relation à son corps. Le corps, de façon naturelle sent la brulure, l'asphyxie, le danger, l'aliénation. La personne qui s'est laissée enfermer dans le labyrinthe du tabac a « fait taire son corps », elle s'est en quelque sorte mise en hypnose, en autohypnose négative, avec pour objet de focalisation la cigarette et avec une dissociation de son esprit et de certaines sensations corporelles, elle est « coupée de son corps ». Pour pouvoir continuer à fumer tranquillement il anesthésie certains canaux sensoriels, il est amputé

de certaines informations physiologiques naturelles qui témoigneraient de la toxicité du produit (comme celles ressenties par un enfant qui fumerait sa première cigarette). Fumer est une activité artificielle qui demande un arrangement artificiel aux humains. La perception modifiée entraînera une modification du discours et de la pensée.

Grâce à l'hypnose elle retrouve cette part d'elle-même qui sent naturellement la difficulté et peut se détacher du tabac. On peut donc proposer une approche centrée sur le processus relationnel qu'est l'hypnose, sur une focalisation sur le corps, mais aussi sur des suggestions anti-tabac (sur le dégout ou l'indifférence que ressent naturellement le corps face au tabac ou encore l'anticipation positive du changement) qui doivent rester adaptées aux situations et au vécu du patient face au tabac. On peut demander au corps qu'est-ce qui en lui a souffert du tabac. La partie du corps qui a souffert du tabac et n'a pas été écoutée pendant tout ce temps peut servir métaphoriquement de guide et inspirer des sentiments de dégout face au stimulus tabac, et de bien être quand le stimulus s'éloigne.

On peut parfois simplement mettre l'accent sur le contraste entre le vécu du tabac quand on interroge la personne qui le décrit de façon positive, puis lui demander d'interroger différentes parties de son corps(31), la perception change. En tant que thérapie psychocorporelle, l'hypnose est propice à ces approches. Si elle travaille avec la dissociation elle peut aussi aider à cette réassociation. L'hypnose négative mène à une fermeture, tandis que l'hypnose thérapeutique permet l'ouverture à un changement. Les phénomènes de fixation (sur le tabac)/détachement (du corps) existants chez le fumeur sont utilisés dans des buts opposés (fixation de sensations corporelles/détachement du « parasite » à ces sensations).

Le médecin doit d'abord remarquer et qualifier le changement qui est déjà en train de se produire (puisque le patient consulte) et accompagner ce mouvement. Le problème doit être considéré par le thérapeute comme déjà possiblement en voie de ce résoudre, ce qui représente une des plus efficaces suggestions. En effet, au niveau inconscient le thérapeute parlera du problème comme étant extérieur ou passé, et ce « saupoudrage » éricksonien pourra favoriser l'émergence d'une anticipation positive.

La pratique de l'hypnose permet de vivre de façon « réelle » et de ressentir les changements qui s'opèrent. La période de réflexion est dépassée, le patient tente de vivre une nouvelle situation et de s'adapter. Le patient entre dans cet état perceptif qui serait indifférent au tabac voir dégouté par lui. L'hypnose permet à ces jeux d'anticipation et d'imagination de « créer le réel » selon le mot de T. Melchior.(195)

Certains ont suggéré que l'hypnose pouvait donner de meilleurs taux d'arrêt à **long terme** associées aux patches que d'autres stratégies de suivi (50). Si c'est le cas, on pourrait le mettre en lien avec l'aspect théorique qui veut que l'hypnose ericksonienne comporte un phénomène d'*apprentissage*. Apprentissage de nouveaux patterns de pensée et de comportement grâce aux ressources intrinsèques de la personne, apprentissages ou redécouvertes de sensations mobilisées pour le changement, qui peuvent être maintenus ou renforcés par l'autohypnose. Le patient continue sa thérapie, et peut renforcer certains aspects selon ses besoins.

Fumer ou rechuter son tabagisme est souvent en lien avec le stress ou **l'anxiété**, l'hypnose, en aidant au contrôle des émotions et en faisant l'apprentissage d'exercices d'hypnose à visée anxiolytique peut permettre de gérer les moments difficiles.

La thérapie brève et l'hypnose proposent des **recadrages** aux patients. Ils sont souvent utiles en début de séance d'hypnose pour introduire la confusion, propice à aider le patient à entrer en hypnose, état ou le raisonnement ne l'aidera plus autant que le ressenti. Certains schémas de pensée sont fréquents chez les fumeurs, et la pratique de la thérapie montre qu'un schéma de pensée immuable est un frein au changement. Ainsi, on peut suggérer au patient, par des questions ou des paradoxes, de cesser de lutter de toutes ses forces dans un « combat » perdu d'avance. Certains patients disent que le tabac est un « ennemi » dont il faut se défaire. On peut leur proposer de cesser de lutter, car ils appellent « ennemi » un élément entré dans leur univers suite à un choix libre de leur part. Personne ne les y a contraints à part eux-mêmes. Ceux qui disent aimer le gout du tabac peuvent se voir proposer de se rappeler leurs premières cigarettes, et les efforts qu'il leur a fallu pour s'habituer au gout, avaler la fumée. Ce choix délibéré, considéré comme l'ennemi à combattre, risque rapidement de les amener à lutter contre eux-mêmes et rendre le combat impossible. Il peut leur être suggéré de lâcher prise, de considérer que tout le monde peut faire des choix qui sont nuisibles et on peut aussi y renoncer. Certains disent se « faire violence » en arrêtant, mais c'est en fumant qu'ils infligent en fait une certaine violence à leur corps. C'est une souffrance maquillée en plaisir.

Certains y voient un ami, on peut leur suggérer qu'ils appellent « ami » un élément qui les détruit couronné d'un dictateur de leur temps, comportement et argent. Il faut d'abord « désidéaliser » cet ami car on ne se détache pas d'un vrai ami facilement. C'est un faux-ami, et quand on découvre qu'un ami nous a trahis, généralement on s'en éloigne sans regrets et sans lutte. Pour certains la cigarette est le synonyme de la pause, mais il peut leur être montré que la cigarette finalement leur vole leur pause, les prive de pauses et de liberté : c'est la cigarette qui impose les pauses, c'est la cigarette qui impose le lieu des pauses et la façon dont elles doivent se dérouler. Ce genre de suggestion entre dans les stratégies d'externalisation.

L'hypnose invite à d'abord parler le langage du patient avant de l'aider à trouver un moyen de changer. Au lieu de s'intéresser uniquement aux raisons qu'il a pour arrêter, on peut le déstabiliser en lui demandant ce qu'il perd en arrêtant, les raisons qu'il a eu de reprendre s'il avait déjà fait des tentatives. Ce sont ces raisons là qu'il faut parfois recadrer. Ce genre de recadrage, nous y sommes même conviés par certains résultats de santé publique. Les auteurs du baromètre santé 2005 précisent (220):

« Certains de nos résultats nous rappellent utilement que le tabagisme est un choix individuel et ce, malgré l'existence d'une dépendance, laquelle apparaît ici comme un frein à l'arrêt (cf. comparaison des ex-fumeurs réguliers et des fumeurs réguliers actuels, tableau VI). Le tabagisme ne peut être restreint à sa dimension de maladie, ni même d'« épidémie comportementale », contrairement à ce que laisseraient penser certains discours de santé publique. Par exemple, parmi les femmes comme parmi les hommes, les ex-fumeurs se distinguent des fumeurs réguliers par une consommation quotidienne de cigarettes plus élevée lorsqu'ils étaient fumeurs, et une initiation plus précoce au tabagisme régulier. Il ne faudrait pas en conclure hâtivement qu'une initiation précoce à la cigarette et une plus forte consommation de cigarettes faciliteraient l'arrêt. En revanche, il est

probable qu'un fumeur n'envisagera sérieusement d'arrêter que lorsqu'il aura le sentiment de fumer trop ou depuis trop longtemps : a contrario, à un âge donné, une personne qui a commencé à fumer tardivement et dont la consommation reste relativement faible, sera moins encline à penser qu'il est urgent qu'elle arrête.

En outre, les fumeurs réguliers qui sont parvenus à cesser de fumer mentionnent plus souvent que ceux qui ont échoué la lassitude comme motif de l'arrêt. Autrement dit, il serait plus facile d'arrêter lorsque l'on n'a plus envie de fumer. Ce résultat est assez tautologique, mais il rappelle encore que le tabagisme est un comportement en partie subi, en partie motivé : les individus ont des motifs pour fumer, et la disparition de ces motifs contribue sans doute puissamment à l'arrêt. De ce point de vue, si la prévention vise à donner aux fumeurs de bonnes raisons de s'arrêter, il faut aussi qu'elle s'intéresse aux bonnes raisons qu'ils ont (ou croient avoir) de fumer. »

- La motivation

Quand on rencontre une personne voulant arrêter de fumer, on se rend vite compte que la « volonté » ne suffit pas. Parfois les « efforts pour », les « souhaits de » mènent à des luttes qui mobilisent beaucoup d'énergie et donnent des arrêts éphémères. Y a-t-il donc dans l'arrêt du tabac avant tout une question de « motivation » ?

Pour analyser le sujet de la motivation, nous pouvons nous intéresser aux auteurs qui se sont penchés sur l'entretien motivationnel, notamment Miller et Rollnick qui ont écrit un ouvrage de référence sur le sujet. Ils ont utilisé cette technique pour l'alcool et les addictions puis elle a été reprise pour les problèmes sanitaires en lien avec un mode de vie et nécessitant une observance comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Le but était d'améliorer la motivation du patient dans des domaines où elle est nécessaire et difficile à obtenir.

L'entretien motivationnel a de grands points communs avec la théorie hypnotique et semble tiré des principes des thérapies brèves, même s'il se veut athéorique, utilisable avec d'autres méthodes, et qu'aujourd'hui beaucoup font le lien avec le cognitivo-comportementalisme. Il s'agit de partir du principe que la personne a déjà en elle les motivations nécessaires pour un changement, mais contrebalancées par tout ce qui peut pousser à continuer comme avant. Il s'agit de sortir de l'immobilisme, décider le changement et s'y engager. Une personne sera plus volontiers convaincue par ses propres désirs, capacités, raisons et besoins de changer que par ceux que les intervenants pourraient être tentés de lui imposer.(200)

Qu'est ce qui empêche les gens de changer alors qu'ils ont des problèmes, des conséquences sur leur santé, qu'un médecin qualifié leur donne le conseil le plus scientifique qui soit ? Ce genre de questionnement entraîne la frustration de l'intervenant, notamment dans le domaine de l'addiction. Une question corollaire et plus intéressante encore est : pourquoi les gens changent ils ?

Les données issues de la pratique et de nombreuses études sur la question ramenées par les auteurs montrent que ce n'est pas un traitement qui fait forcément changer : beaucoup de changements se passent sans traitement, et dans ces cas, les processus de changement sont quand même les mêmes. Il semble donc plus vraisemblable de dire que le traitement favorise un processus naturel de changement. On peut donc accompagner et accélérer le changement même par une intervention brève(199) (198; 114).

Les facteurs « adhésion au traitement » et « évolution positive » sont liés à un troisième facteur : le facteur « motivation au changement ». D'autres études montrent que la plupart du temps le changement n'est pas forcément lié à la « dose » puisque même une intervention brève peut aider au changement. En somme les différentes études ont montré que: le changement se produit naturellement ; ce qui se passe après des interventions formelles reflète le changement naturel, et ne constitue pas la seule forme de changement ; l'interaction interpersonnelle influence la probabilité de changement ; le style d'intervention compte surtout s'il est empathique ; les gens qui pensent avoir de bonnes chances de changer, changent effectivement plus ; le discours sur le changement est important, c'est-à-dire que ce que les gens disent du changement(engagement, motivation) est prédictif de l'évolution ultérieure. Tous ces facteurs contribuent à ce que l'on appelle « la motivation ».

Les autres facteurs de motivation sont assurance et espoir du patient comme du thérapeute (ce qui explique l'effet placébo et les prophéties auto-réalisantes.). Certains effets viennent du patient : ceux qui croient au changement changent plus (199) et certains effets sont liés au soignant et à l'empathie.

Selon Rogers, qui développa ces idées dans les années 50(242), l'entretien doit être centré sur le client et son individualité, et un thérapeute doit avoir trois qualités fondamentales : être empathique de façon appropriée, chaleureux sans être possessif et authentique. L'empathie nécessite une écoute réflective contrôlée, facteur de réussite important. Elle appartient aux facteurs « non spécifiques » de réussite, mystérieux éléments communs de beaucoup de thérapies.

Pour les auteurs, l'entretien motivationnel est centré sur le client, c'est-à-dire qu'il ne se centre pas sur le remodelage des cognitions ni la mise à jour des éléments du passé mais sur les intérêts et les préoccupations actuels du client. Il est consciemment directif, c'est-à-dire dirigé intentionnellement vers une dynamique de changement orientée. C'est enfin une méthode de communication plus qu'un ensemble de techniques ou une théorie thérapeutique. Le but est de faire émerger un changement naturel, une motivation intrinsèque.

Trois étapes existent dans la motivation:

1. Avoir envie : c'est reconnaitre l'importance du changement (quand la divergence entre les situations vécue et souhaitée est suffisamment importante pour en avoir envie).

2. Se sentir capable : avoir confiance dans le changement (quand l'envie est là débute une recherche des méthodes possibles, si on n'en trouve pas, apparaissent les moyens de défense : dénégation, rationalisation, projection)

3. Etre prêt : se placer le changement comme une priorité (et sortir du fameux « demain j'arrête »).

Ces étapes (« ready, wiling and able ») sont à l'origine d'interventions visant à augmenter la divergence entre la situation vécue et souhaitée, renforcer la confiance dans le changement, aider à placer des priorités. Ce qui déclenche le changement n'est pas d'avoir « déjà assez souffert » ; ce n'est pas que l'évitement de l'inconfort. Les patients ont souvent eu leur lot de souffrances liés à leur addiction, paradoxalement cela les immobilise. *« La motivation survient plutôt dans une atmosphère*

d'acceptation et de renforcement qui permet d'explorer, dans un sentiment de sécurité suffisant, son présent qui peut être douloureux, et de le mettre en relation avec ses attentes et ses désirs » (200)

Souvent les gens restent bloqués car ils ont deux avis sur la question, ce que les auteurs appellent « ambivalence » ou « dilemme du changement ». L'ambivalence est un aspect normal et non pathologique de la nature humaine, sinon il suffirait d'enseigner à la personne une ligne de conduite plus adaptée et la convaincre de l'adopter, mais l'expérience amène à penser que c'est souvent un peu plus complexe que ça...

La résolution de l'ambivalence est une étape clé du processus de changement. Pour cela ce n'est pas une simple balance décisionnelle qui s'intéresse aux bénéfices du changement et aux couts du statu quo mais aussi l'inverse : aux couts du changement et aux bénéfices du statu quo, tout ceci devant tenir compte du contexte socioculturel, familial.

Chez les gens ambivalents, les critiques et les difficultés peuvent parfois paradoxalement exacerber le comportement problématique. Les addictologues savent comment les patients en difficulté avec les addictions peuvent parfois persister, en dépit d'incroyables souffrances et pertes. Il se trouve que lorsque la liberté personnelle d'un patient est réduite ou mise au défi, le comportement problématique se renforce. Quand les sources de valorisations ou de renforcement positif sont affaiblies, le patient peut continuer à produire un comportement problématique, même s'il doit payer le prix fort.

Finalement, les gens sont toujours motivés par quelque chose, c'est quand deux personnes (un couple, un médecin et un patient...) sont motivées par deux buts différents que le conflit survient, et que l'une des deux trouve l'autre peu motivée... Il faut donc découvrir les motivations de l'individu, ses idées sur ce qu'il souhaite pour lui. On s'intéresse au contexte du changement pour résoudre l'ambivalence(200). Le changement peut se produire quand le sujet a compris que cela lui permet d'atteindre quelque chose de vraiment important pour lui. Quand l'ambivalence est résolue, généralement, il manque peu de choses avant que le changement se produise.

Quand un intervenant se trouve face à une personne ambivalente il pourrait être tenté d'argumenter, conseiller, enseigner, persuader, avertir, argumenter en faveur de la bonne solution (comme interrompre une addiction). L'ambivalent pourrait soutenir des arguments contraires qu'il a forcément à sa disposition puisqu'il « hésite » entre deux façons de faire sans pouvoir se décider. Si l'intervenant le considère tout de suite comme résistant ou dans le « déni », on court le risque d'une intensification des réactions de part et d'autres ou de fuite du patient, ce qui ne fera que confirmer l'hypothèse de l'intervenant sur le déni ou la résistance...

Même si l'intervenant propose d'autres solutions, l'ambivalence peut être assez forte pour faire exprimer un autre versant de l'ambivalence, et peut même avoir l'effet paradoxal de pousser le patient vers la solution opposée à celle proposée. Il faut donc garder à l'esprit que cette résistance diminue la réussite et que l'attitude du thérapeute compte : il ne doit pas se laisser aller à son « réflexe correcteur ». La résistance est souvent le fait d'une certaine interaction personnelle entre intervenant et client.

La motivation est un processus interpersonnel, ce n'est pas qu'un fait intérieur ou un trait d'esprit. La motivation nait et est influencée par le contexte interpersonnel. Il faut que les arguments

en faveur du changement émanent du patient, développer la divergence entre situation réelle et voulue et non pas simplement « amener la personne à se confronter à la réalité », mais plutôt faire émerger un discours-changement.

De nombreux aspects théoriques montrent un lien clair entre l'hypnose et les thérapies brèves d'une part et les techniques d'entretien motivationnel d'autre part.

L'hypnose est également une technique de communication centrée sur le patient. L'accordage sur le patient est fondamentale (le *pacing*). De la même façon, on doit s'appuyer sur les ressources du patient, sans lui imposer un point de vue et utiliser la résistance plutôt que la combattre. Elle cherche à créer un cadre sécure qui amène le patient à explorer son vécu douloureux *hic et nunc* et le mettre en lien avec ses ressources. C'est le *pacing and leading* éricksonien, qu'O'Hanlon traduira par « acceptation et changement », termes clés selon lui de l'hypnose ou de la thérapie « centrée sur des solutions »).

Le changement doit être au plus proche de ce qui est important dans le vécu du patient. On doit parler le langage du patient pour lui permettre de parler le langage du changement. L'hypnose se propose en plus de faire expérimenter le changement au travers de la transe. L'ambivalence face au changement est appelée dissociation négative dans notre modèle hypnotique mais fait référence au même discours chez le patient. La « lutte » entre un thérapeute tentant d'imposer son point de vue et un patient ambivalent est « l'escalade symétrique » que les systémiciens décrivent, ils répondent au paradoxe par un contre-paradoxe. L'attitude du thérapeute doit être « libre d'échouer ou de réussir » selon Roustang, c'est à dire qu'il ne doit pas imposer un point de vue même s'il lui paraît rationnellement bon. Il doit laisser dans la relation se développer l'ouverture qui apaisera voire utilisera la résistance pour un changement. La résolution de l'ambivalence se fera en hypnose au travers d'une « réassociation » des différentes dimensions de l'existence (245) incluant les différents aspects du problème et de ses solutions et tenant compte du contexte du changement.

Certains principes pratiques de l'entretien motivationnel rappellent aussi ceux de l'hypnose et des thérapies brèves sans pour autant que les approches soient superposable cela permet de placer l'hypnose comme une méthode qui peut avoir une influence entre autres sur la motivation:

-Le développement de l'empathie et d'un cadre sécure pour que le client exprime son autonomie dans le choix du changement

-Les principes d'acceptation et changement

-Ne pas s'opposer frontalement à la résistance

-Considérer le client comme la source première des réponses et solutions

-Utilisation et valorisation des ressources, utilisation du passé et de l'avenir comme une ressource

-Questionner les extrêmes (qui devient la « fantaisie du pire » en thérapies brèves)

-Le recadrage (principe fondamental en hypnose)

-Utilisation du paradoxe

-Fixer des objectifs, etc.

La motivation comme l'hypnose est un processus interpersonnel dans lequel le changement émane du patient. Dans l'entretien motivationnel comme dans l'hypnose, le thérapeute accompagne ce changement avec des outils de communication efficace qui contribuent à accélérer ou faciliter le changement.

En plus des arguments théoriques et empiriques, nous avons argumenté dans notre étude le choix des outils d'hypnose en nous appuyant sur les données de la littérature, mais aussi un modèle neurologique de l'addiction au tabac.

- Addiction, dégout, insula et cortex somesthésique

Les addictions en général sont liées à des zones du cerveau comme le cortex orbito-frontal, le cingulaire antérieur, l'amygdale, le striatum ventral, le système dopaminergique mésolimbique. L'insula a cependant un rôle qui avait été sous-estimé (205). Cette zone est impliquée dans l'intégration des états corporels aux émotions conscientes et dans les processus de décision impliquant des risques et des bénéfices incertains. Naqvi et al. proposent un modèle dans lequel les effets entéroceptifs des drogues sur l'insula contribuent aux besoins conscients de drogues et aux processus de décision qui précipitent la rechute. Les auteurs s'appuient sur une revue importante de la fonction de l'insula et les aspects neuroscientifiques de l'addiction.

Les auteurs ont testé la fonction de l'insula. L'insula a été envisagée comme jouant un rôle dans les émotions conscientes au travers de son rôle dans la représentation de l'état corporel (entéroceptif). Naqvi et al.(206) ont donc proposé que l'insula ait un rôle dans l'addiction au tabac. Ils ont comparé des fumeurs ayant subi des dommages cérébraux (accidents vasculaires) impliquant l'insula, et une population comparable de patients ayant subi un AVC sans dommage à l'insula. Les patients étaient comparables en termes d'âge, sexe, ancienneté et quantité de tabagisme, étiologie de l'AVC et autres.

La probabilité d'arrêter et de maintenir son abstinence était supérieure en cas de lésion de l'insula, mais de façon non significative car p=0,10. Ces effets peuvent être dus au fait que les patients ayant subi un AVC ont subi des conséquences directes du tabagisme et sont incités plus facilement à s'arrêter. En revanche, les chercheurs ont évalué la façon dont l'arrêt est vécu. Certains patients ont vécu une vraie rupture avec le tabac. Les patients étaient considéré comme ayant connu une rupture avec le tabac si ils avaient arrêté moins d'un jour après la lésion, n'avoir jamais rechuté, évalué leur difficulté à arrêter inférieure à trois sur une échelle de sept, et rapporté ne pas ressentir de besoin de fumer après avoir arrêté. 16 patients avaient les quatre critères sont le groupe « rupture ». Pour évaluer l'effet spécifique de la lésion de l'insula, les 16 ne remplissant pas tous les critères ont été inclus avec ceux n'ayant pas arrêté parmi le groupe « pas de rupture » (Voir figure 26). Cette fois-ci il était très significativement plus probable d'arrêter de fumer après une lésion de l'insula (OR=10,87 p=0,0003), que la lésion soit droite ou gauche. Les effets sont plus importants pour l'insula droite mais sans significativité du fait de la taille de l'échantillon.

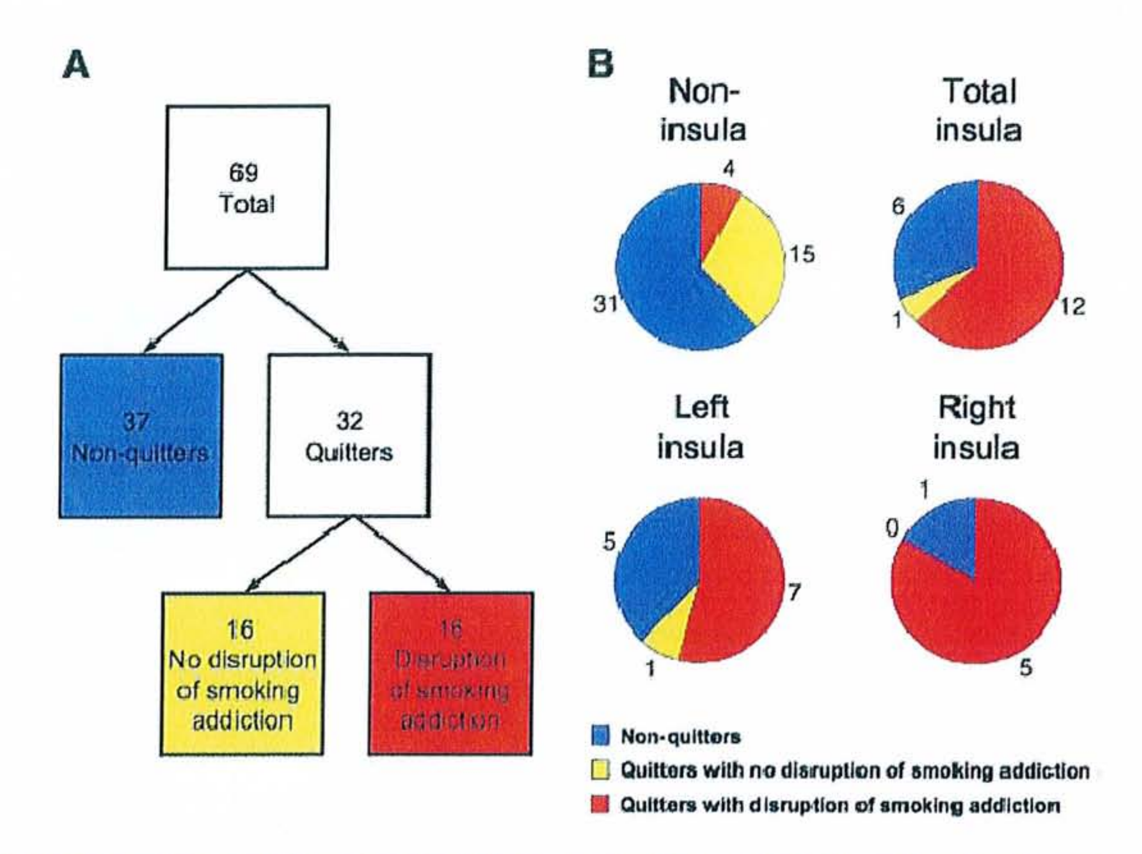


Figure 26, source(206). Patients ayant arrêté après l'attaque, et ayant connu une « rupture » avec le tabac après l'attaque. (A) L'arbre montre la classification « comportementale » des patients. (B)Les camemberts illustrent la proportion des patients de chaque groupe « anatomique » répartis dans les différents groupes »comportementaux »

Ces résultats indiquent que les fumeurs ayant une lésion de l'insula sont très susceptibles d'arrêter immédiatement, facilement et durablement le tabac. De plus, ils sont très susceptibles de ne plus ressentir de besoin de fumer. Les besoins conscients sont donc un aspect important de l'addiction. Les auteurs supposent au vu de leurs observations, que l'insula est impliquée dans le sentiment que la cigarette est un besoin du corps. Le plaisir de la cigarette et le déplaisir du manque sont des effets émotionnels inscrits dans le corps et anticipés par le fumeur. La lésion de l'insula change ce fonctionnement, et tout se passe comme si « le corps oublie l'envie de fumer » selon les auteurs.

La lésion à l'insula ne lèse pourtant pas l'envie de manger. Les auteurs suggèrent donc que cette zone du cerveau pourrait être fondamentale pour les besoins conscients comportant un plaisir *naissant de l'apprentissage.* En effet, les effets sur le corps de la cigarette sont initialement désagréables et deviennent un plaisir quand l'addiction se développe. Les auteurs suggèrent donc que les thérapies pour le tabagisme, pharmacologiques ou psychologique, devraient inclure des aspects sensoriels pour moduler les fonctions de l'insula (émotions conscientes inscrites dans le corps, besoins), engager des représentations des « besoins corporels », et cibler les neurotransmetteurs exprimés dans l'insula.

Dans le ressenti émotionnel, l'insula est par ailleurs connue dans des études indépendantes, pour être celle qui ressent et reconnaît l'émotion du dégoût (3)parmi les émotions universelles de base (Joie, Surprise, Dégout, Peur, Tristesse, Colère)(82).La découverte et l'étude des neurones miroirs montre que des régions similaires sont impliquées quand on imagine, observe et exécute une action. Il en va de même pour les émotions. Dans une étude sur lé dégout, des chercheurs ont

montré (141) que bien que des circuits neuronaux soient différemment mobilisés (expliquant la différence ressentie entre voir, expérimenter, imaginer l'émotion), ce sont quand même les mêmes zones cérébrales dans l'insula impliquées dans ces trois modalités de dégout. D'autres études ont également démontré que voir et ressentir du dégout impliquait l'insula et le cortex cingulaire antérieur.(292).

Le tabagisme est donc lié à l'insula au travers de la perception de besoins corporels et la rechute est due à l'angoisse liée à la perception du corps en manque, les signaux somatiques du sevrage. Nous pouvons donc supposer que certaines pratiques de l'hypnose pourraient « viser juste ». En effet, les suggestions empiriquement utilisées (et que nous reprendrons pour notre étude) sont des suggestions de dégoût face au tabac, mais aussi et surtout des suggestions concernant les sensations corporelles ressenties avec le tabac ou le manque. L'hypnothérapeute essaie aussi de faire vivre au patient une « projection dans l'avenir » dans laquelle le corps est apaisé malgré l'absence du tabac, dans lequel les sensations corporelles ne sont pas celles du manque, et peuvent être vécues comme confortables. Expérimentant cela, le fumeur introjecte la possibilité d'un monde sans tabac qui ne soit pas que souffrance et peut augmenter sa confiance et sa motivation dans ses capacités d'arrêt. Tester la capacité de reconnaissance des émotions chez les fumeurs nous à donc paru intéressant dans le cadre de l'étude que nous proposons plus loin.

2) Les études existantes sur la question de l'hypnose et du tabagisme

La *Cochrane Database* a produit en 2000 une revue de la littérature concernant l'hypnose dans le sevrage tabagique(1). Nous proposons de reprendre certaines données de la revue afin d'en tirer quelques commentaires. En effet, la méthodologie très stricte des auteurs et leur incapacité à conclure à une preuve « formelle » de l'efficacité de l'hypnose comme traitement spécifique de l'arrêt du tabac conduit parfois à considérer l'hypnose comme complètement inefficace. Nous allons voir qu'une lecture attentive de cet article et d'autres références peut donner une vision plus nuancée.

Dans certaines conditions l'hypnose est un traitement efficace. De nombreux travaux suggèrent cette conclusion quand il est tenu compte, dans les protocoles de recherche, des spécificités d'un traitement tel qu'une psychothérapie en général ou l'hypnothérapie en particulier.

a) Relecture de la revue Cochrane

- Résultats de l'analyse

Les auteurs rappellent dans un premier temps l'utilisation qui peut être faite de l'hypnose dans la douleur chronique, la psychothérapie(150), les maladies a composante psychosomatique comme le colon irritable (290) ou l'asthme(204). Ils rappellent l'absence de consensus sur la façon dont l'hypnothérapie produit ces effets.

Les auteurs retiennent que l'hypnose pourrait théoriquement aider à l'arrêt du tabac en agissant sur les comportement compulsifs, en affaiblissant le désir de fumer, en renforçant la volonté d'arrêter, ou en renforçant la concentration sur un programme d'arrêt. La plupart du temps, l'approche d'hypnothérapie inclut des suggestions tirées des travaux de Spiegel, portant sur le caractère nocif du tabac, sur la protection qu'est en droit d'attendre le corps face à ce poison, et aux avantages de la vie en tant que non fumeur (266).

L'autohypnose parait également fondamentale dans de nombreuses approches, quasiment autant que l'hypnose par un thérapeute. (149). L'autohypnose, utilisée à volonté par le patient, la compliance pourrait être meilleure et la thérapie moins couteuse, en diminuant de ce fait le nombre de séances.

Les études correctement réalisées mais non contrôlées utilisant cette méthode montraient des taux d'abstinence à 6 mois de 20 à 35% selon les auteurs.

Cependant la plupart des études sont anciennes, pas toujours strictement menées, et surtout montrent des résultats très disparates : de 4 à 88% d'efficacité à 6 mois selon les auteurs. De plus, les traitements hypnothérapiques n'étaient pas toujours les mêmes en termes de méthode, de nombre et de fréquence des séances. Ce qui rend les études incomparables entre elles.

L'évaluation de l'efficacité de l'hypnose pour l'arrêt du tabagisme se fait par le test de deux hypothèses : 1.que l'hypnose ait une efficacité dans le taux d'arrêt à long terme par rapport à aucune intervention, et 2.que les effets soient plus importants avec l'hypnose qu'avec d'autres stratégies.

La revue se donne pour but d'étudier des travaux pertinents, uniquement contrôlés et randomisés. Les études retenues devaient comparer l'hypnothérapie avec l'absence de traitement, ou d'autres interventions thérapeutiques. Les participants devaient être des fumeurs voulant arrêter de fumer, sans tenir compte de l'âge, du sexe, de l'ancienneté du tabagisme ou du niveau de dépendance à la nicotine. Toute technique par hypnothérapie était prise en compte dans les études, l'analyse tenant compte uniquement du type et de la durée de la thérapie. L'abstinence était mesurée par des marqueurs biochimiques ou par des déclarations des patients à 6 mois après le début du traitement. Les études prises en compte étaient celles identifiées dans la base de données de Cochrane (Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register) additionnées à des études trouvées sur Medline, Embase et autres bases de données anglo-saxonnes en utilisant les mots clés « hypnotherapy » et « smoking cessation ».

Les études ont été analysées de façon indépendantes par les auteurs selon une grille de lecture standardisée et des critères précis. Seulement neuf études ont été incluses. Elles s'étendent sur une période de 1977 à 1988. Toutes mentionnaient une randomisation sans qu'aucune ne précise la méthode de façon suffisamment précise pour affirmer une stricte allocation aléatoire. Aucune de ces études ne précisait si le recueil des données était fait en aveugle par rapport au traitement reçu par les participants.

Ces études sont très variables dans le type d'induction et la durée du traitement. Trois d'entre elles seulement décrivent le type de technique.(15; 139; 229). La durée du programme varie: d'une session(229; 295), voire deux(162), jusqu'à 9 semaines sans description du nombre de sessions(100). La durée du traitement variait donc d'une demi-heure à sept heures d'hypnothérapie. Cette variabilité rend impossible le regroupement d'études sur ce critère de modalité ou de durée de traitement.

Les groupes contrôles étaient également très différents empêchant d'effectuer une quelconque méta-analyse ou estimation globale de l'efficacité de l'hypnose selon les auteurs.

Cinq groupes de comparaison ont été distingués selon le groupe contrôle. Les essais comportant plus d'un bras de traitement contrôle entraient dans plusieurs groupes de comparaison.

Groupe 1 :

Trois études comparaient l'hypnose avec l'absence de traitement (ou liste d'attente).(162; 217; 295)

Deux de ces études (217; 295) montrent une supériorité statistiquement significative de l'hypnose. Cependant ces essais étaient effectués sur un petit nombre de patients (respectivement 32 et 40, à chaque fois divisés en deux bras équivalents), et les taux d'arrêt dans les groupes contrôle étaient très faibles (2/16 vs 8/16 et 0/20 vs 9/20) ce qui peut rendre l'odds ratio trompeur.

Dans le troisième essai, la supériorité de l'hypnose n'est pas statistiquement significative(162). Cependant remarquons que dans cette étude le groupe contrôle recevait après la randomisation une lettre provenant d'un médecin, un livret d'information et d'aide individuelle et trois appels téléphoniques durant les trois premiers mois de suivi pour encourager l'arrêt. Ce sont des interventions moins importantes que la rencontre d'un thérapeute comme dans le « groupe 2 » mais appel téléphoniques et matériel d'auto-aide à l'arrêt sont des interventions qui ont démontré une efficacité dans des études indépendantes récentes menées également par la revue Cochrane en 2006(167; 273). Cela semble rendre délicat le classement des auteurs dans le groupe 1 (« versus no intervention »). Ceci va aussi dans le sens que, de façon générale, la multiplication des interventions augmente le taux d'arrêt.

Groupe 2 :

Quatre études comparaient l'hypnose avec des rencontres avec un thérapeute sous forme de conseils ou de soutien. Deux d'entre elles (15; 295) utilisent un groupe contrôle avec le même format et le même nombre de rencontres avec le thérapeute dans les deux bras. Ces deux études montrent des taux d'arrêt significativement plus élevés d'arrêt avec l'hypnose mais étaient sur de petits échantillons (n=24 et n=40) et avaient toute les deux un nombre d'arrêt égal à zéro dans les groupes contrôles.

Pour les deux autres, (139; 229) le format et la durée de rencontre thérapeutique était différent dans le groupe contrôle. Ces deux études ne montrent pas d'avantage significatif en faveur de l'hypnose, face respectivement à un groupe contrôle de quatre rencontres thérapeutiques de groupe, et un groupe contrôle de lecture éducative sur la santé avec une session de suivi.

Groupe 3 :

Deux études ont comparé l'hypnose avec des traitements psychologiques non spécifiques (100; 229). L'une montre une supériorité de l'hypnose et l'autre du groupe contrôle mais dans les deux cas non statistiquement significatives.

Groupe 4 :

Deux études ont comparé l'hypnose avec une technique de « rapid smoking » (consistant à faire fumer rapidement la personne en la focalisant sur le dégout ressenti par l'inhalation trop rapide de fumée, ou bien « aversive smoking » en associant fumer une cigarette et un stimulus désagréable)(15; 139). La première est en faveur du groupe contrôle de façon non significative et la deuxième en faveur de l'hypnose de façon significative.

Pour les groupes 3 et 4 des Odds Ratios groupés ont pu être calculés mais n'incluant à chaque fois que deux essais restreints. L'OR était proche de 1 avec un intervalle de confiance extrêmement large ne permettant pas de fournir une preuve solide de l'efficacité ou non de l'hypnothérapie, face aux traitements psychologiques proposés ou au « rapid smoking ».

Groupe 5 :

Dans trois études (218; 219; 217), l'hypnose était utilisée en plus d'un programme de suivi de groupe et comparé au programme de suivi seul. Deux de ces trois études de Pederson sont statistiquement en faveur de l'hypnose (même si, encore une fois, les taux d'arrêts dans les groupes contrôles sont faibles). La troisième (219), dans laquelle la technique du « rapid smoking » est également incluse dans le programme, trouve le résultat inverse. La différence de procédure thérapeutique semble être à l'origine des différences de résultats.

♦ Commentaire des résultats

A l'analyse de ces études, il a été impossible aux auteurs de conclure, selon leurs critères, a une preuve suffisante que l'hypnose était un traitement spécifique du tabagisme. Ils signalent cependant qu'elle est si souvent suggérée comme une aide à l'arrêt du tabac, et que les études analysées sont si insatisfaisantes méthodologiquement, que la recherche devrait se pencher sur la question et proposer d'autres études pour établir son efficience, définir et clarifier le type d'hypnose à utiliser. Les comparaisons devraient se faire, selon les auteurs, avec des interventions actives et de préférence identiques en termes de temps de contact avec le thérapeute.

Constatons que deux études seulement correspondent à ce critère dans celles retenues (15; 295) et elles donnent l'avantage à l'hypnose.

La preuve formelle de l'efficacité de l'hypnose ne peut être établie selon les études et les critères employés. Malgré cela, on voit bien que plusieurs études allaient dans ce sens, même si elles souffraient du faible nombre de sujets, ou d'erreurs méthodologiques comme l'absence de groupe contrôle.

Les auteurs supposent que l'hypnothérapie peut avoir une efficacité en raison de facteurs non spécifiques. Donnée qui paraît logique au vu de la faible influence du modèle psychothérapeutique utilisé dans une psychothérapie.(286). Par ailleurs, notons que pour pouvoir utiliser une méthodologie stricte dans un essai, il faut un placébo convenable. Or, il n'y a pas de placebo convenable à l'hypnothérapie, ce qui rend son évaluation dans une étude qui se voudrait « contrôlée randomisée en aveugle » très difficile.

Les hypnothérapeutes pourraient argumenter également que « l'hypnose est partout ». Quand il y a une rencontre en face à face avec un thérapeute, même pour donner un traitement médicamenteux, la suggestion existe(30). Si on admet en plus que l'hypnose est physiologique et un état de conscience dans lequel tout patient peut entrer à un moment ou à un autre, et que les critères d'efficacité d'une thérapie sont proches des critères d'efficacité du placébo, il est très délicat de la comparer dans de bonnes conditions.

Dans une des études retenues dans le groupe 5, (218) deux bras n'ont pas été inclus dans la comparaison : un des groupes recevait une session d'hypnose présentée comme une aide à la

relaxation, et l'autre était une session d'hypnose vidéo contrôlée par un thérapeute. Ces deux groupes ont de moins bons résultats, similaires au suivi seul, que l'hypnose « réelle » avec intervention et suggestions spécifiques. Ces résultats autorisent l'hypothèse d'une spécificité de l'intervention hypnotique.

Les auteurs soulignent que les différences entre les taux d'arrêt des groupes contrôles peuvent expliquer l'hétérogénéité des résultats. En effet, un faible taux d'arrêt est prévisible chez les fumeurs, avec ou sans intervention spécifique. Dans un petit essai, le hasard peut à lui seul expliquer le taux d'arrêt de zéro dans un des groupes. Les études retenues dans cette revues sont anciennes, restreintes et souffrent de faiblesses méthodologiques. Les méthodologies des essais cliniques se sont affinées depuis. Elles sont incomparables entre elles sur le plan de la méthode et sur le plan des résultats et ne permettent pas de tirer des conclusions globales sur l'efficacité ou non de l'hypnose.

Ajoutons que peu d'entre elles s'intéressent aux effets complémentaires de l'hypnose puisque cela sort des hypothèses de départ. C'est également par le manque d'études sur le sujet. Or l'effet additif de l'hypnose pourrait être d'un intérêt particulier comme nous le suggérerons plus tard.

Les auteurs n'ont pas tenu compte de l'âge, du sexe, de l'ancienneté du tabagisme et du niveau de dépendance, mais on pourrait supposer que ce sont des facteurs d'efficacité ou non de l'hypnose, ce qu'aucune étude jusque là n'a testé.

- Commentaires concernant les études non retenues par la revue

Six études randomisées ont été exclues car le suivi durait moins de six mois. Trois d'entre elles ne nous ont pas été accessibles depuis la base de données Medline ni autre base accessible facilement depuis la France (53; 62; 264).

L'une des trois autres (223) tentait de mettre en lien la susceptibilité hypnotique et l'arrêt du tabac sur trois mois. Sur un groupe de 54 personnes sans groupe contrôle, 13% avaient arrêté de fumer, 31% avaient réduit leur tabagisme de 50%. Sur les arrêts, la distribution de la susceptibilité à l'hypnose était équivalente à celle de la population générale, sur le groupe des réductions de tabac d'au moins 50%, il y avait significativement plus de personnes dites « très susceptibles ».

La seconde (254) compare un groupe avec quatre sessions d'hypnose de 50 minutes hebdomadaires, avec un groupe de relaxation selon les mêmes modalités, et un groupe sans traitement (« liste d'attente ») (au total n=87, randomisés). Les auteurs trouvent un taux d'arrêt supérieur dans le groupe hypnose pour les individus les plus sensibles à l'hypnose sur une échelle de susceptibilité, que dans le groupe relaxation pour les mêmes degrés de sensibilité.

La troisième (281) a été menée dans une maternité en Norvège. La durée du suivi était de quatre mois, les patientes étaient randomisées dans un groupe avec deux sessions d'hypnose ou dans un groupe contrôle avec juste l'information donnée habituellement aux futures mamans. Les résultats montrent un taux d'arrêt de 10% seulement dans le groupe hypnose comme dans le groupe contrôle et de 42% de réduction du tabagisme (versus 31%). JM Benhaiem (30) souligne que le contexte dans lequel se fait l'arrêt est fondamental : la décision d'arrêter de fumer est plus efficace quand elle est un acte libre, sans contraintes morales ou sociales. L'annonce d'un événement grave ou heureux n'est pas systématiquement déterminante pour le succès du sevrage.

Par ailleurs, les études épidémiologiques montrent bien que la grossesse ou la naissance n'est pas statistiquement une raison qui permet aux femmes de s'arrêter.(220). Ces femmes qui venaient pour accoucher, se sont vues proposer un sevrage. Cette décision émanait des soignants, elle a peut-être été, pour certaines, un facteur de culpabilisation ou de responsabilisation forcée. Bien, sûr, leur proposer un sevrage est une décision « éthique » au vu des dangers pour la grossesse, mais il ne se « prescrit » pas aussi facilement qu'un comprimé. En tous cas, il a surement été moins facile pour elles de reprendre cette décision à leur propre compte, ce qui explique sûrement ces faibles résultats.

Trois études contrôlées ont été exclues car non randomisées.(18; 145; 181). Deux d'entre elles ne nous ont pas été accessibles.(145; 181). L'une d'entre elles, date de 1980 avec un suivi court, l'autre compare l'acuponcture et l'hypnose de façon rétrospective. La troisième (18) a, malgré tout, dans les références que nous avons trouvées, randomisé les patients du groupe hypnose dans quatre groupes selon la technique utilisée (suggestions négatives, suggestion négatives + autohypnose, suggestions positives; suggestions positives + autohypnose). Elle ne précise pas dans les références trouvées le taux d'arrêt dans un groupe contrôle. Il semble donc que cette étude soit randomisée pour ce qui est des modalités de traitement mais non contrôlée. Néanmoins, il y est retrouvé un taux d'arrêt global de 28%, les suggestions positives étant significativement plus efficaces, et le rôle de l'autohypnose n'ayant pu être clairement établi.

Six études n'avaient pas de groupe contrôle(66; 76; 120; 147; 213; 266; 4). Trois d'entre elles seulement, à savoir les trois plus récentes (Spiegel et al. 1993 ; Johnson et al. 1994 ; Ahijevych et al. 2000(4; 147; 266)), avaient un contenu disponible facilement depuis les bases de données usuelles.

Dans l'étude de Spiegel, il était question de la relation entre certains critères du patient et le fait d'arrêter de fumer avec un programme comprenant une session d'hypnose à visée de restructuration comportementale, comprenant l'apprentissage de l'autohypnose. 226 patients ont été inclus et suivis 2 ans. 52% arrêtèrent dès la première semaine, 23% maintinrent leur abstinence deux ans. Les résultats, bien que modestes, sont supérieurs à l'absence d'intervention selon les auteurs, et suggèrent que certains critères comme vivre avec quelqu'un ou avoir déjà été capable d'arrêter pendant au moins un mois sont des facteurs prédictifs du succès d'un tel programme court.

L'étude de Johnson montre des taux d'abstinence importants d'environ 80% à trois mois pour un groupe d'homme (n=93) et un groupe de femmes (n=93) recevant un traitement d'hypnose et d' « aversive smoking » sans différence significative entre les sexes.

L'étude d'Ahijevych a pris un échantillon au hasard de 452 personnes sur 2810 fumeurs qui avaient bénéficié d'un programme d'une session d'hypnose en groupe. 5 à 15 mois après le traitement, 22% d'entre eux rapportaient ne pas fumer au cours du mois précédent le questionnaire. S'intéressant aux autres stratégies d'aide au sevrage utilisées par les patients, les auteurs constatent que seulement 20% des patients qui utilisaient des produits pharmaceutiques les ont pris pour la durée recommandée. Ils supposent donc que l'hypnothérapie pour l'arrêt du tabac pourrait répondre aux besoins spécifiques de certains patients.

Enfin deux autres études (241; 102) ont été exclues pour d'autres raisons: dans la première il s'agissait d'une étude descriptive et pas d'un essai, dans la deuxième tous les groupes recevaient de l'hypnose et l'étude testait les changements apportés par l'adjonction d'autres techniques.

En somme, les effets importants retrouvés dans les études non contrôlées ne peuvent être retrouvés dans l'analyse d'essais contrôlés randomisés. Selon les auteurs de la revue Cochrane, le taux d'arrêt de 20 à 35% retrouvé dans des études non contrôlées ne permet pas méthodologiquement d'être formel quant à l'efficacité de l'hypnose, du fait, justement, de leur caractère non contrôlé. Constatons cependant que ces chiffres, comparés à ceux de la littérature sur les autres méthodes efficaces sont à peu près équivalents voire légèrement supérieurs. Si l'hypnose n'est pas forcément supérieure en efficacité dans l'absolu à une autre méthode, elle n'est pas non plus inefficace. Les auteurs ne peuvent tirer de conclusions globales, mais comme on l'a vu, cela ne signifie pas que les études soient négatives sur l'efficacité de l'hypnose pour le tabagisme. Le fait qu'elle soit d'usage facile, non invasive et non dangereuse doit être également pris en compte.

Si cet article ne permet pas de conclure, il insiste surtout sur le fait que les études ne sont pas toujours exploitables selon les critères retenus, qu'elles sont souvent fort anciennes ou trop petites. La recherche devrait se poursuivre sur la question. On voit cependant qu'en lisant de façon un peu plus approfondie les différentes études existantes, retenues ou non par la revue Cochrane, il y a de nombreux arguments qui rendent licites son usage en tant qu'adjuvant et aide à l'arrêt du tabac.

Aucune étude citée dans la revue Cochrane ne compare l'hypnose aux substituts nicotiniques ou au Bupropion, et aucune étude de ce genre n'existe selon les auteurs. Si ces derniers souhaitent voir apparaitre des études comparant les méthodes, il nous paraît important que des études portant sur la complémentarité des approches puissent également être retenues, car elles impliquent des aspects différents de l'addiction. Constatons qu'aucune étude citée ne propose l'hypnose en tant qu'adjuvant au traitement chimique. Pour les études anciennes ce traitement n'était pas proposé de façon courante. Malgré cela, une approche complémentaire des aspects physiques et psychiques nous semble pertinente tant ces deux aspects sont des réalités dans la dépendance.

Il n'est pas certain que l'efficacité de l'hypnothérapie puisse s'évaluer comme celle d'un médicament. La question de l'évaluation des psychothérapies pose des problèmes méthodologiques certains. D'autre part, l'hypnothérapie ne prétend pas s'opposer à d'autres traitements mais souvent les compléter pour traiter un des aspects de la dépendance.

Si l'hypnose n'est pas un traitement miracle, unique et universel du tabagisme, rien ne permet de proscrire son usage en tant qu'aide à l'arrêt du tabac, bien au contraire. Ce n'est pas forcément un traitement spécifique, mais il n'est pas illicite de le prescrire en adjuvant ou seul pour le sevrage.

b) Autres études

Une recherche dans la base de données pubmed, incluant les mots clés MeSH « Hypnosis » et « Smoking cessation » produit 51 articles. Soit la requête suivante :

```
« Hypnosis » [MeSH] AND « Smoking Cessation » [MeSH]
```

Nous y avons enlevé la revue Cochrane elle-même, ainsi que les articles qu'elle avait déjà inclus ou non retenus. Par ailleurs nous retirons également les articles qui ne traitent pas spécifiquement du sujet (par exemple qui parlent des thérapies pour le tabac en citant entre autres l'hypnose, ou qui parlent des applications de l'hypnose en citant entre autres le tabac), celles qui

sont dans des domaines trop spécifiques (par exemple en lien avec l'écoute d'une cassette d'hypnothérapie pendant une anesthésie générale), les simples rappels théoriques sans étude clinique, les descriptions méthodologiques, ou encore ceux dont aucun contenu, pas même un abstract, n'est disponible en anglais ou en français.

On arrive alors à 12 articles. Nous n'avons bien sûr pas la prétention de les analyser avec les mêmes outils que les auteurs de la revue Cochrane, mais seulement de présenter les types d'études et les tendances qui peuvent s'en dégager.

Trois de ces études sont des revues de littératures.

Pour Covino(65), bien que la nicotine et les traitements pharmacologiques soient les plus fréquemment usités, les approches psychologiques peuvent aider les fumeurs. Les auteurs s'intéressent à l'hypnose et aux techniques comportementales a travers la revue d'articles principaux sur le sujet. Ils décrivent les méthodes les plus fréquentes et concluent qu'aucune approche psychologique n'est vraiment supérieure aux autres bien que ces approches contribuent de façon significative au succès d'un traitement d'arrêt du tabac.

Villano (284) s'intéresse à l'hypnose et à l'acuponcture et montre que les preuves sont anecdotiques. Il n'y a pas assez d'études rigoureuses et homogènes en termes de design pour permettre une conclusion globale d'efficacité ou non.

L'équipe de Greene enfin, (116) passe en revue 59 études concernant l'hypnose et l'arrêt du tabagisme. Ils montrent qu'en général, l'hypnose obtient de meilleurs résultats qu'une condition de non-traitement ou de liste d'attente, mais des résultats généralement comparables aux autres interventions non-hypnotiques, notamment éducatives ou cognitivo-comportementales. En somme, l'hypnose ne peut être considérée comme un traitement spécifique bien établi mais il semble justifié aux auteurs de classifier l'hypnose parmi les traitements « possiblement efficaces ».

Les autres articles sont des études cliniques sur le sujet :

Deux études évaluent une technique hypnotique appelée "Emotional Self-Regulation Therapy" (20; 49). Elle consiste à appliquer une technique d'entrainement "cognitive" permettant d'augmenter l'hypnotisabilité avant de donner les suggestions elles-mêmes. D'après les auteurs, 38% des patients auraient été abstinents à 6 mois (66% de ceux ayant achevé le traitement), et rapporté des symptômes minimaux de manques ou de prise de poids. Dans un groupe contrôle sans traitement, 8% des patients étaient abstinents.

Une étude a évalué l'hypnose dans le cadre d'une politique de cessation du tabac et de lieu « non-fumeurs » proposé par le lieu de travail(262). Les participants ont eu un séminaire incluant 90 minutes d'hypnose orientée sur l'arrêt du tabac, et ont été évalués un an après. L'échantillon était assez important (n=2642 avec un taux de réponse de 76%). 71% des fumeurs ont participé au programme d'hypnothérapie, 15% d'entre eux ont arrêté au moment du programme et sont restés continuellement abstinents. Le taux de satisfaction était très important parmi ceux qui se conformaient à la politique « non-fumeur » de leur lieu de travail. Ces résultats suggèrent aux auteurs que l'hypnose peut être une méthode alternative attrayante, particulièrement utilisée conjointement avec une politique de lieu de travail non-fumeur qui offre des opportunités aux fumeurs d'envisager un sevrage.

Barber(14) rapporte une étude non contrôlée, non randomisée dans laquelle 39 patients sur 43 auraient arrêtés de fumer (données recueillies entre 6 mois et 3 ans après traitement), en bénéficiant d'un traitement associant hypnose et « Rapid Smoking ».

Dans une étude, l'équipe d'Elkins décrit un essai clinique sur une hypnothérapie en trois sessions sur 30 patients(85). 21 patients suivent l'intégralité du traitement, 81% avaient arrêté à la fin du traitement et 48% étaient abstinents à 12 mois. 95% se déclaraient satisfaits du traitement reçu.

Une autre étude par la même équipe (84) décrit une étude prospective au sujet d'un traitement intensif par hypnose (8 séances sur 2 mois) avec une individualisation des suggestions hypnotiques et une relation thérapeutique soutenante. 20 sujets ont été randomisés dans le groupe hypnose et 20 dans le groupe contrôle. L'abstinence était évaluée avec le taux de CO dans l'air expiré inférieur ou égal à 8ppm. Le taux d'arrêt à 26 semaines, soit 6 mois après la fin du traitement, était de 40% ($p<0,05$).

L'équipe de Green a publié deux méta-analyses sur le sujet de l'influence du sexe dans l'arrêt du tabagisme par l'hypnose (117; 118). Dans la première qui reprenait 12 études utilisant l'hypnose comme base du traitement pour le sevrage tabagique, les auteurs trouvent un taux d'arrêt 1,37 fois meilleur pour les hommes que pour les femmes ce qui va dans le sens de la littérature « non-hypnotique » qui suggère que les femmes ont plus de difficultés à arrêter que les hommes. Dans la deuxième les auteurs ont inclus 12 études de plus qui n'avaient pas de différences de taux d'arrêt entre les sexes et ont ajouté les données. Il subsiste une petite mais significative différence en faveur des hommes. Les auteurs suggèrent qu'à l'avenir, les programmes de recherches tiennent compte du sexe des participants.

Les deux dernières études en date sont les mieux menées et sont parues dans des journaux dont le sujet n'est pas l'hypnose mais le tabac ou les maladies pulmonaires. Leur but était cependant plus spécifique puisqu'il s'agissait dans la première d'évaluer l'efficacité de l'hypnose face au suivi standard, en plus des patches de nicotine dans les deux groupes, et dans la deuxième d'évaluer l'efficacité de l'hypnose en tant qu'aide à l'arrêt du tabac chez des patients hospitalisés.

La première par Carmody (50) est parue en 2008 dans Nicotine&Tobacco Research. Il s'agissait d'évaluer si l'hypnose serait plus efficace que le suivi standard (conseils comportementaux) quand ces deux interventions sont combinées aux patches nicotiniques. 286 fumeurs ont été inclus dans cette étude randomisée et contrôlée menée au San Francisco Veterans Affairs Medical Center. Les participants des deux groups étaient vus deux fois 60 minutes, et recevaient trois coups de téléphone et deux mois de patches nicotiniques. A 6 mois, 26% des patients du groupe hypnose étaient abstinents au regard d'une confirmation biochimique, contre 18% dans le groupe contrôle (comportemental) (RR = 1.44; CI (95%)=0.91-2.30). A 12 mois, 20% des participants au groupe hypnose étaient abstinents contre 14% dans le groupe contrôle. (RR = 1.40; CI (95%)=0.81-2.42)

Chez les patients aux antécédents de dépression, l'hypnose donne des taux d'arrêts significativement plus importants à 6 et 12 mois que le traitement standard. Les auteurs concluent que l'hypnose combinée aux patches nicotiniques donne de meilleurs résultats que le conseil comportemental standard, surtout à long terme.

La dernière étude en date par Hasan et al.(127; 128) s'est intéressée à l'hypnothérapie en tant qu'aide au sevrage chez les patients admis au North Shore Medical Center de Salem (Massachussetts) pour un diagnostic cardiaque ou pulmonaire. Elle est parue une première fois dans la revue CHEST en 2007, et a également fait l'objet d'une communication au congrès CHEST en 2007 à Chicago (73rd Annual International Scientific Assembly of the American College of Chest Physicians).

Les auteurs rappellent que l'hospitalisation est un moment où l'on fait de l'éducation auprès du patient, l'admission pour une maladie liée au tabac est un moment opportun pour l'arrêt du tabac. Ils rappellent que l'arrêt du tabac nécessite de la motivation, un suivi, et souvent d'autres interventions comme les substituts nicotiniques qui ont fait la preuve de leur efficacité associés au suivi chez les patients hospitalisés. Les auteurs font donc l'hypothèse que le pouvoir suggestif de l'hypnothérapie favoriserait la motivation et augmenterait le taux d'arrêt chez les patients hospitalisés pour une maladie liée au tabac. Cela pourrait venir selon les auteurs de l'état de conscience particulier induit par l'hypnose, qui permet par le haut niveau d'attention qu'il produit, de changer la façon de percevoir et de transformer la réalité, usant de méthodes suggestives qui affaiblissent le désir de fumer, renforcent la volonté d'arrêter, et aident à se concentrer sur l'arrêt.

Face au manque de données permettant de recommander ou non l'hypnothérapie comme traitement spécifique du tabagisme (comme le précise la Cochrane Database), les auteurs rappellent que l'hypnose n'est pas standardisée, qu'elle peut être opérateur ou patient dépendant.

Les patients admis pour un diagnostic cardio-pulmonaire pendant la période de recrutement, et souhaitant arrêter de fumer, étaient partagés en quatre groupes : un groupe contrôle « cold turkey » dans lequel les patients arrêtaient par eux-mêmes sans aide particulière (C), un groupe Hypnothérapie (H), un groupe substitut nicotiniques (NRT), et un groupe hypnothérapie et substituts nicotiniques. Les critères excluaient les patients mineurs ou de plus de 75 ans, les femmes enceintes, les barrières de langage, les troubles psychiatriques, une autre addiction dans les six derniers mois, une maladie en phase terminale.

Les questions étaient les suivantes : 1.L'hypnothérapie est-elle utile pour augmenter la motivation et ses bénéfices sont-ils comparables aux modes de thérapies dominants comme les substituts nicotiniques associés au suivi ? et 2.Le diagnostic d'admission (cardiaque vs pulmonaire) influence-t-il le taux d'arrêt ?

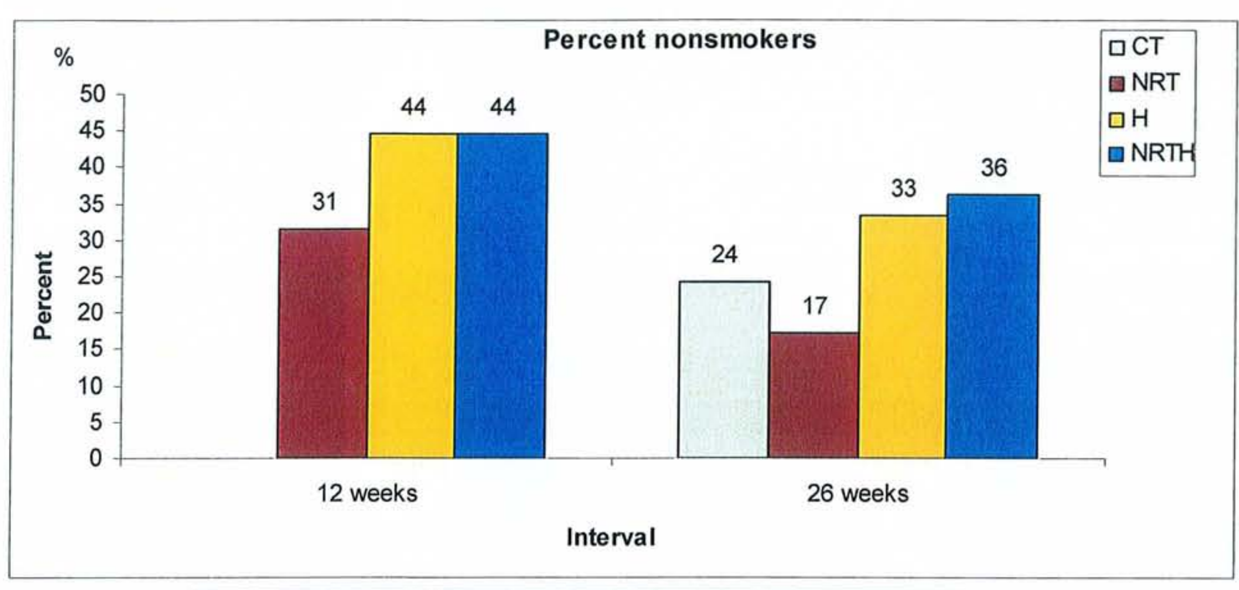
Les sujets choisissaient leurs groupes, l'étude n'est donc pas randomisée, mais au contraire plus proche des conditions réelles dans lesquelles le patient choisit son thérapeute. Tous les patients recevaient des brochures d'information et d'aide, les sujets contrôles avaient un très bref entretien de conseils. Les autres groupes recevaient un suivi intensif et selon les cas des substituts nicotiniques et/ou des séances d'hypnose gratuitement dans les 7 jours suivant la sortie. Des appels téléphoniques de suivis étaient effectués à 2, 4, 8, 12 et 26 semaines après la sortie. Pour les quatre groupes la date de point pour évaluer le taux d'abstinence était à 26 semaines. 67 patients ont été inclus, 16 dans le groupe contrôle et respectivement 14, 19 et 18 sujets dans les groupes H, NRT et NRTH. Les femmes choisissaient plus facilement l'hypnose et les hommes plus facilement le groupe contrôle.

A 26 semaines le taux d'arrêt était de 25% dans le groupe C, 50% dans le groupe H, 16% dans le groupe NRT, et 50% dans le groupe NRTH. Les patients admis avec un diagnostic cardiaque arrêtaient plus (45,5%) que les patients admis avec un diagnostic pulmonaire (15,6%). Pour les auteurs, l'hypnothérapie est un traitement efficace du tabagisme chez les patients hospitalisés, et plus efficace que les substituts seuls. Dans tous les groupes, les patients cardiaques semblaient plus motivés que leurs homologues pulmonaires, pour qui il faudrait surement en clinique une prise en charge plus intensive.

L'étude a été reprise à plus grande échelle, avec une méthodologie plus précise et a fait l'objet d'une publication dans l'American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine en 2009, et d'une communication au congrès ATS en 2009 à San Diego (American Thoracic Society). Les patients étaient cette fois randomisés dans les quatre groupes à l'exception de quelques patients autorisés à choisir leur groupe en raison de préjugés ou d'idées reçues sur les traitements. Les auteurs parlent de « randomisation sélective ».

Tous les patients ont reçu des brochures et un suivi intra-hospitalier, le groupe contrôle a eu une consultation de 10 minutes et aucun suivi jusqu'aux 26 semaines après la sortie. Les substituts nicotiniques ont été donnés gratuitement pendant quatre semaines et les patients ont été encouragés à les utiliser pendant encore 4 à 8 semaines. L'hypnothérapie était effectuée dans les deux semaines après la sortie avec une session individualisée de 60 minutes, incluant des suggestions et de l'imagerie mentale et l'apprentissage de l'autohypnose pour augmenter la motivation et résister aux envies de fumer. Une cassette audio était également fournie avec des exercices de relaxation et d'arrêt de tabac. Les trois groupes ont également reçu des appels de 15 minutes à 1, 2, 4, 8, et 12 semaines. L'étude a été faite en intention de traiter puisque les perdus de vue étaient considérés comme fumeurs. L'arrêt du tabac était vérifié par un test à la Cotinine urinaire à 26 semaines.

Les groupes étaient comparables en termes d'âge, de sexe, de situation familiale, niveau d'études, ancienneté et importance du tabagisme, nombre de tentatives précédentes, membres de la famille fumeurs ou non. On constate légèrement plus de femmes dans le groupe hypnose, et un peu moins de fumeurs dans la famille pour le groupe contrôle. Les groupes étaient également plus nombreux (35 à 37 personnes par groupe). L'auteur contacté par e-mail nous a fait parvenir les figures suivantes.



Groups	Total	12 weeks	26 weeks	p-value *
CT	37	-	9 (24%)	
NRT	35	11 (31%)	6 (17%)	0.453
Hypno	36	16 (44%)	12 (33%)	0.395
NRTH	36	16 (44%)	13 (36%)	0.273

Figure 27 et Tableau 3 : source Hasan et al. 2009

Le p est >0,05% à 26 semaines pour tous les groupes (hypnose, nicotine et hypnose+nicotine) en comparaison au groupe contrôle. Constatons cependant que les chiffres du groupe contrôle sont particulièrement bons avec 24% d'arrêt.

Les auteurs en concluent donc que l'hospitalisation pour une maladie cardiaque ou pulmonaire est une expérience motivante qui peut améliorer l'arrêt du tabagisme sans aide. L'hypnothérapie et le suivi peuvent augmenter la motivation et augmenter les taux d'arrêts à 26 semaines après la sortie d'hospitalisation. La substitution nicotinique apparait être moins couronnée de succès, même associée à un suivi standard.

En somme, la motivation pour arrêter reste quelque chose de mystérieux, mélange de différentes émotions, comme la confiance en soi, la peur, l'espoir... Le suivi et l'hypnothérapie pourraient selon les auteurs faire pencher la balance du bon côté.

c) Quelques hypothèses à en tirer

Les conditions classiques des essais cliniques (la randomisation / le groupe contrôle / l'intention de traiter), bien qu'ils paraissent indispensables à une démonstration imparable, ne sont pas toujours adaptés à l'évaluation d'une thérapie, particulièrement de l'hypnose.

Un exemple nous permettra de montrer la difficulté posée par la méthodologie standard qui inclut la randomisation. Une des études retenue par la revue Cochrane n'a pas montré une efficacité statistiquement significative de l'hypnose face à une intervention moins importante(162). Comme nous l'avons souligné, bien que dans le groupe « hypnotherapy versus no intervention » cette étude comportait une intervention auprès du patient par le biais d'un livret et d'appels téléphoniques dans les deux groupes après randomisation.

Les auteurs notent aussi que seulement 45 des 90 patients du groupe hypnose ont eu au moins une séance d'hypnose et que ceux n'ayant pas eu l'intervention, c'est-à-dire ayant refusé l'hypnose, réussissaient moins à arrêter. Ces données nous montrent, que la randomisation fait, dans le cas de l'hypnose, très grandement diminuer son efficacité. Après randomisation, le patient est considéré comme faisant partie du groupe hypnose, et en intention de traiter, si le patient n'arrête pas de fumer, il rentre dans le groupe des « échecs de l'hypnose » !

Cette façon de procéder est bien évidemment la plus acceptable quand on fait un essai sur un traitement médicamenteux face à un autre ou face a un placébo. Le patient n'a a priori pas de connaissances biochimiques qui lui permettent de choisir entre deux traitements allopathiques. Quand il est alloué à un bras ou l'autre « en aveugle », il n'a pas de raison de sortir volontairement de l'essai en lien avec le traitement avant même d'avoir pris un comprimé, car à ce stade là, cela ne change rien pour lui qu'il soit dans un bras ou l'autre. En revanche, si après randomisation il se retrouve dans un bras « hypnothérapie », il peut avoir un a priori sur la technique, et dans certaines études, l'inefficacité « démontrée », n'est en aucun cas l'inefficacité de l'hypnose mais le résultat d'une distance entre les conditions d'étude et les conditions réelles.

La randomisation qui place un patient dans le groupe hypnose peut modifier les résultats si le patient la refuse ou y résiste, mais aussi inversement, le patient qui espérait bénéficier du traitement par hypnose et se retrouvant dans un groupe sans hypnothérapie ne sera-t-il pas moins motivé ? Encore une fois, l'absence de placébo convenable ou de possibilité de double aveugle rend difficile l'évaluation de la psychothérapie en générale et particulièrement de l'hypnose.

Les choses sont bien différentes dans le domaine relationnel et psychothérapeutique. L'hypnose n'est pas « prescrite ». Elle est la plupart du temps seulement proposée, et souvent choisie voire recherchée. Les patients choisissent leur thérapeute, ils choisissent de s'orienter vers une méthode pharmacologique ou non. Une sélection s'opère d'elle-même avant la consultation. Ce sont des patients sensibles à l'aspect psychologique, ou intéressés par des méthodes non pharmacologique qui se présentent auprès des thérapeutes. Leur motivation est plus interne, c'est-à-dire qu'ils cherchent à résoudre le conflit qui en eux, empêche de se libérer du tabac, et ont parfois moins d'attente qu'un substitut « magique » fasse « le travail à leur place ». L'hypnose ne peut probablement rien avec un patient qui ne s'investit pas dans sa thérapie.

L'expérience des cliniciens, les études rétrospectives ou prospectives, même non contrôlées, menées par les équipes qui pratiquent cette méthode, la satisfaction des patients demandeurs de cette technique, pourraient-ils être des moyens suffisants pour reconnaître une technique psychothérapeutique acceptable dans un certains nombre de situations ?

Quand on se met en conditions réelles, l'hypnose est plus facilement efficace. Il est de notre devoir d'évaluer notre pratique, mais en la faisant correspondre à la réalité. Les méthodes de randomisation ne peuvent s'appliquer à la thérapie et à la relation humaine. L'évaluation des psychothérapies est un débat passionnant, mais qui dépasse largement le cadre de ce modeste travail. Nous essayons simplement de proposer l'évaluation d'une facette de l'hypnose au vu des travaux existants et des outils disponibles.

Suite à ces réflexions et devant la réalité de la pratique, on peut légitimement penser que l'hypnose est efficace dans un certains nombre de cas et qu'il n'est pas illicite de la proposer en tant

qu'aide a l'arrêt du tabac. Si elle ne fait pas partie des pratiques médicalement validées de façon spécifique pour l'arrêt du tabac, il n'a pas été non plus démontré qu'elle n'était pas efficace...

En pratique la plupart des intervenants en tabagisme ont recours à une forme ou une autre de suggestion vers l'inconscient du fumeur, la suggestion est partout, elle infiltre les gestes et les mots, elle est comme l'effet placébo qui échappe peu ou prou à l'expérimentateur. Si l'hypnose est cette disposition qui nous permet de nous mettre en relation avec notre corps et avec notre espace pour faire des expériences d'absorption, d'incorporation, de détachement, de changement, alors elle se déclenche probablement d'elle-même dans de nombreuses consultations. (30)

L'hypnose agit en réduisant l'envie de fumer, en augmentant le désir d'arrêter, en renforçant les ressources inconscientes visant à l'arrêt du tabagisme et au maintien de l'abstinence. Elle pourrait être un traitement adjuvant intéressant. L'utiliser de façon formelle pourrait augmenter ses effets. Mais trop peu d'études se demandent sur qui l'hypnose marche? Y a-t-il des facteurs prédictifs qui permettraient de proposer l'hypnose avec de meilleures chances d'efficacité ?

3) L'intérêt d'une étude d'observation

- Un essai clinique serait difficile à mener

Si on cherche à déduire une efficacité de l'hypnose dans l'absolu, sans l'opposer en tant que méthode aux autres méthodes recommandées, notamment les substituts nicotiniques, un essai clinique pourrait être imaginé. Les exigences méthodologiques classiques des essais cliniques randomisés sont souvent difficiles à mettre en place. Par ailleurs, ceci est également vrai pour la plupart des interventions psychologiques ou comportementales. Il est vraisemblablement inapproprié de parler de contrôle placebo dans ce cas, puisque l'intervention placebo est une intervention comportementale efficace dans plusieurs circonstances. Il faut identifier ce contrôle par les éléments qu'il inclut. Cette étude devrait l'être à grande échelle, et comporter idéalement 3 groupes : un groupe contrôle qui aurait les substituts nicotiniques seuls, un groupe qui aurait les substituts nicotiniques et par exemples 3 séances de suivi sur l'addiction, et un groupe qui aurait les substituts nicotiniques et 3 séances d'hypnose. Les séances d'information et les séances d'hypnose devraient être standardisées et reproductibles.

Carmody à effectué une étude ressemblante (50), mais l'absence de groupe sans suivi et avec juste les traitements pharmacologique a permis de comparer deux approches psychothérapiques, donnant l'avantage à l'hypnose, mais pas de mesurer l'effet de spécifique l'hypnose « seule ».

Un essai dont le but serait de démontrer l'efficacité spécifique de l'hypnose seule est sûrement réalisable mais ne paraît pas d'un intérêt fondamental vu que rien n'empêche la co-prescription d'une pharmacothérapie, et que les études y encouragent. Pourquoi opposer ainsi le physique et le psychique ?

L'hypnose appliquée au tabagisme semble difficile à « démontrer » selon les critères habituels des essais. Les études observationnelles sont plus probantes. Vu l'exercice de la psychothérapie et de l'hypnose en particulier, et vu les difficultés d'évaluer de telles méthodes, une étude observationnelle semble plus logique et plus intéressante pour peser l'indication de l'hypnose dans ce domaine.

♦ L'évaluation des psychothérapies

Notre protocole propose l'évaluation de conditions d'applications d'une psychothérapie. La question de l'évaluation de ces dernières, par les problèmes méthodologiques qu'elle soulève, doit être au moins abordée. Il s'agit d'une question qui dépasse de loin notre sujet d'étude et que nous ne ferons que survoler ici afin de mettre en valeur la difficulté qu'elle représente. La revue de la littérature sur l'hypnose et le tabagisme nous montre bien ces difficultés, tenter d'appliquer un protocole d'étude à cette méthode également. Se pencher sur la question de l'évaluation des psychothérapies pousse à rechercher des spécificités dans les protocoles de recherche.

La place de la psychothérapie dans le traitement des troubles psychiques, émotionnels ou du comportement est maintenant reconnue sur la base de nombreuses études d'efficacité. Mais d'après JM Thurin (279), de grands progrès restent à faire et l'évaluation des psychothérapies doit intégrer des paramètres complexes dépendants du thérapeute (formation, caractéristiques, technique), du patient (gravité des troubles, motivation, convenance pour la thérapie), du cadre (hôpital, cabinet), et d'autres facteurs encore qui complexifient l'évaluation mais sont nécessaires. Depuis les années 90, le NIMH (National institute of mental-health) décide d'appliquer à la psychothérapie la méthodologie utilisée pour l'évaluation des médicaments. Parallèlement se développe l'evidence-based medicine qui inclut directement les données de la recherche dans le choix thérapeutique. Ce choix privilégiera les thérapies brèves et révèlera la disparité des recherches menées jusque là.

L'évaluation n'est pas celle du « psychisme », objet personnel, dynamique et peu défini. Les mesures portent sur les effets d'une intervention psychologique sur les expressions d'un trouble. C'est une mesure délicate, non associée ou rarement à un paramètre biologique. Le choix des paramètres est complexe. D'autant plus que des résultats semblables (« je vais mieux ») peuvent être obtenus par différentes méthodes, (« j'ai parlé de ce qui me questionnait » « je me suis exercé à penser autrement » « j'ai appris la relaxation » « j'en ai parlé avec mon entourage »).Pour autant ce méthodes ne peuvent pas forcément être utilisées de façon identique. Le choix d'un « meilleur traitement » peut porter à discussion, et doit nécessairement tenir compte de nombreux paramètres concernant l'intervention (environnement du patient, moment de l'intervention, contexte et gravité des troubles). Enfin, décrire un changement inclut s'entendre sur la définition des objectifs, des instruments de mesures et de leur champ d'application.

Les recherches versus placébo sont irréalisables, les recherches « versus absence de thérapies » ne sont pas toujours éthiques, enfin les recherches « versus thérapie alternative » posent la question de la thérapie de comparaison qui peut fausser les résultats. Par ailleurs, si la pathologie est celle d'un trouble unique, identifié et mesurable, l'évaluation est plus simple que si le cas est dit « complexe », impliquant et intriquant plusieurs troubles, si bien qu'ils n'étaient pas évalués. Il était dur de faire la part des choses entre chaque trouble, mais aussi de réunir un grand nombre de cas similaires. Par ailleurs, la durée du traitement entraîne l'intrication de facteurs latéraux dans la vie du patient.

Pour les cas dits « simples », les études ont une méthodologie précise, les critères d'inclusion sont précis, et l'amélioration su symptôme est « mesurée ». Elles posent en fait souvent le problème de la généralisation de leurs résultats à des conditions naturelles. Etant donné la difficulté de conduire des recherches expérimentales en milieu naturel, les essais contrôlés sont des répliques de situations cliniques dans des conditions expérimentales. Dans ces conditions, la psychothérapie est

prodiguée à des patients qui présentent des troubles fonctionnels moins importants que ceux suivis dans les cabinets et les centres de soins. Ce sont en revanche des conditions favorables pour soumettre une partie d'entre eux à une absence de traitement ou à un placébo du fait que le contrôle du programme est plus simple et que l'absence de bénéfice thérapeutique à moins d'impact. Ce type de recherche peut rendre des résultats expérimentaux rigoureux mais a une validité *externe* faible. C'est-à-dire que les patients, thérapeutes et procédures ne sont pas représentatifs de celles qui se produisent dans la psychothérapie « réelle ». Se pose alors la question de la transférabilité des résultats au monde clinique. La distinction entre troubles simples et complexes est aussi une distinction de la gravité des troubles et de la complexité des traitements.

Depuis une dizaine d'années, l'exigence d'études portant sur des cas complexes traités dans des conditions cliniques réelles et les réanalyses des essais contrôlés ont mis en évidence l'importance des variables de processus dans les résultats. Dans cette perspective, une place importante est accordée aux études cliniques de cas isolés que les avancées techniques permettent désormais de réunir dans des bases de données partagées.

Les théories ne suffisent plus pour « expliquer » les résultats des thérapies. Une autre approche consiste à concevoir des études permettant d'apprécier le rôle des différents facteurs susceptibles d'intervenir dans une psychothérapie et leurs effets respectifs dans les résultats. Cette approche tente de réconcilier le courant « clinicien » qui tente de formaliser les résultats dans une perspective de mieux faire et le courant « chercheur », soucieux de l'élégance méthodologique des protocoles et de la validité interne pour tester les hypothèses.

L'objectif est *« de déterminer intelligemment quelle est la psychothérapie la plus adaptée pour un patient particulier et dans des conditions particulières »*.(279)

♦ Contribution à la théorie des pratiques

M-C. Hardy-Baylé, dans une introduction au Manuel de Psychiatrie du Pr Guelfi, s'essaie à une réflexion sur la théorie des pratiques en psychiatrie(125). Elle constate que les théories psychiatriques ont souvent privilégié une épistémologie clinique, théorie de l'homme malade, plutôt qu'une théorie des pratiques de soins, c'est-à-dire une épistémologie thérapeutique. Il n'y a pas de modèle satisfaisant pour guider les pratiques parmi l'arsenal thérapeutique. Selon l'auteur, l'enjeu de la psychiatrie de demain réside dans la capacité de notre discipline à poser le cadre d'une épistémologie thérapeutique, passant de l'approche théorique de la clinique à une théorie de la pratique, redéfinissant les concepts d'une théorie de la psychiatrie orientée vers la décision thérapeutique. Comme toute discipline médicale, la psychiatrie doit poser son identité sur des techniques de soins, et son influence s'appuie sur l'importance de son arsenal thérapeutique et d'une bonne connaissance de l'usage qui doit en être fait.

Selon l'auteur *« Il est classique de dire que la psychiatrie, à l'inverse des autres disciplines, a accumulé des outils de traitement en l'absence de toute connaissance sur l'origine des troubles qu'elle avait à traiter. Mais la psychiatrie n'est pas la seule discipline médicale dans laquelle l'origine des troubles reste mystérieuse. Cette méconnaissance n'a pas empêché l'accumulation de savoirs techniques dans les autres disciplines selon une approche scientifique et pragmatique du soin.*

A cette position pragmatique de la médecine, visant à accumuler les savoirs thérapeutiques, selon la méthode empirique puis selon la méthode scientifique de recherche des preuves, la psychiatrie, fascinée par sa visée philosophique, s'est éloignée de l'épistémologie thérapeutique qui définit toute discipline médicale. Aucun ouvrage médical d'ailleurs ne propose en guise d'introduction, un chapitre dédié aux théories de son objet. Si l'appartenance de la psychiatrie au champ de la médecine a été rendue possible par le développement d'outils thérapeutiques, le traitement apparaît davantage comme un prétexte pour construire et étayer les diverses théories du sujet malade que comme un levier thérapeutique possible imposant de se comparer aux autres pour trouver sa juste place dans l'arsenal thérapeutique de la discipline. Chaque courant théorique va utiliser les techniques de soins moins pour prouver leur efficacité que pour confirmer et alimenter le modèle théorique avancé. L'efficacité des médicaments viendrait valider l'hypothèse « organique » des troubles et étayer le modèle biomédical de la psychiatrie. L'action des traitements psychologiques viendrait alimenter leur origine psychologique et confirmer la pertinence de l'une ou l'autre des théories psychologiques des troubles.

La psychiatrie a longtemps été le creuset de querelles de nature plus philosophiques que praticiennes. Si ces débats ont fait en partie la richesse de la discipline, ils l'ont éloigné de son objet strictement médical, la pratique des soins. Les risques sont pourtant majeurs, en l'absence d'un engagement plus radical des praticiens dans la construction de leurs références en matière de pratiques de soins, de perte de crédibilité de la discipline. En l'absence d'épistémologie thérapeutique, toute action peut se prévaloir d'un pouvoir thérapeutique, il devient légitime [...] d'entériner l'existence de 400 formes de psychothérapies, ou d'utiliser d'une manière non adaptée à leurs cibles réelles, les médicaments psychotropes. »

L'auteur présente ensuite les grandes théories de la psychiatrie et leurs apports (théorie psychanalytique, théorie cognitivo-comportementale, théorie systémique, théorie neurobiologique) Elle rappelle qu'aucune théorie intégrative n'a pu constituer un guide pour penser la complémentarité des pratiques et orienter la prise de décision. Elle suggère que l'épistémologie en psychiatrie devrait se doter de sa propre méthodologie sans se dissoudre dans un schéma de validation préexistant. Elle souligne que la méthode des recommandations comme celle de l'HAS, visant à élaborer des pratiques de référence pour l'ensemble des disciplines médicales, bien que s'inscrivant dans une épistémologie thérapeutique *« ne répond pas aux principes d'une épistémologie unifiée, visant à rassembler l'ensemble des savoirs thérapeutiques issus des regards théoriques divers qui ont chacun enrichi la discipline psychiatrique. Cette méthode favorise le savoir biomédical au détriment des autres connaissances acquises en privilégiant les données recueillies selon les normes du savoir scientifique. En cela, elle se comporte comme une recherche appliquée et non comme une investigation contrôlée de l'acte thérapeutique. De même, elle construit un modèle de soins réduit à l'application des seules données biomédicales, dont le niveau de preuves répond aux exigences de cette seule démarche scientifique. Par ailleurs, ces données ont été obtenues selon une méthode bien différente de celle de l'acte thérapeutique en situation naturelle, la méthode expérimentale, dans laquelle le cadre construit artificiellement une clinique adaptée à sa recherche selon le principe du 'toutes choses étant égales par ailleurs'. En somme, la démarche dite de l'Evidence-Based Medicine, s'oppose par principe, à une démarche 'centrée sur le patient'. Celle-ci, pour se construire, doit adapter une méthode adaptée à son objet, pour définir des 'généralisables' ne négligeant aucun des facteurs pris en compte par la discipline et s'inscrivant dans une théorie de la décision qui est celle qu'adopte le psychiatre lorsqu'il se comporte en praticien. »*

La théorie des pratiques pourrait donc résumer les connaissances acquises, et permettre au praticien, s'appuyant dans la relation singulière avec le patient, de lui proposer le soin le plus adapté. Sans demander aux « psys » de « savoir tout faire », ils pourraient savoir comment orienter le patient. A ce jour, quand il y a plusieurs théories, des querelles théoriques, et aucune théorie des pratiques, aucun clinicien ne peut répondre à la question du « meilleur soin ». Aucun modèle ne permet de rendre compte de l'influence mutuelle des pratiques, des cibles d'action, des actions spécifiques, des synergies et des incompatibilités.

La psychiatrie est une discipline très riche tant sur le plan théorique que sur le plan de l'arsenal thérapeutique qui en découle. Cette richesse est gâchée par les théories prétendant à elles seules rendre compte des troubles et constituer un levier de changement. Le défi est d'inscrire la psychiatrie dans le champ des disciplines médicales dont la spécificité pourrait tenir bien plus à une épistémologie du soin qui lui soit propre, plutôt qu'à l'existence d'un objet complexe, qu'aucune théorie ne pourrait à elle seule résumer. En somme, quand on dépasse les querelles théoriques, la question de la théorie des pratiques se pose. En attendant de trouver une épistémologie propre, des recherches cliniques pourraient y contribuer, si elles tiennent compte des spécificités de la pratique.

Nous faisons l'hypothèse que contribuerait à la théorie des pratiques non seulement de les « comparer les unes aux autres » comme le suggère Hardy-Baylé dans le cadre d'essais cliniques comparatifs pour leur trouver une place dans l'arsenal en fonction des indications ; mais aussi d'investiguer de façon contrôlée les actes thérapeutiques en fonction des types de patients dans les indications. C'est l'intérêt d'études d'observation des patients répondeurs ou non au traitement.

Nous avons tenté d'élaborer pour ce travail un protocole observationnel à recrutement prospectif qui permettrait de se placer dans des conditions un peu plus proches de la pratique réelle et de décrire une population bénéficiant d'un traitement par hypnose en plus du traitement habituel pour rechercher d'éventuels facteurs d'efficacité au traitement par l'hypnose.

D'autres études pourraient dans l'avenir comparer différentes méthodes d'hypnose (il y a des dizaines de possibilités pour le tabac) en fonction des types de patients. Cette méthode respecte les exigences de l'épistémologie clinique en psychiatrie vues plus haut : elle investigue une démarche thérapeutique 'centrée sur le patient' de façon contrôlée et de façon proche à la situation naturelle de façon à être plus adaptée à l'objet d'étude.

♦ Difficultés méthodologiques de cette recherche en hypnose

Nous avions souhaité pour notre étude de tenir compte du respect de conditions plus réelles dans lesquelles ont lieu la thérapie, tout en tenant compte de certaines exigences méthodologiques qu'impose la recherche, afin d'évaluer certains facteurs liés au patients dans le bénéfice à utiliser l'hypnose pour l'arrêt du tabac. Evidemment, toute méthodologie a des écueils et le protocole reste imparfait. Des obstacles nous apparaissent dès l'élaboration de l'étude.

Selon tous les auteurs, l'hypnose devrait être une approche centrée sur le sujet, individualisée. Les suggestions hypnotiques s'appuient sur le vécu du patient. Un protocole d'étude impose forcément un cadre plus rigide, car les patients doivent pouvoir être comparés entre eux. Les mécanismes mis en jeu dans le tabagisme sont complexes et doivent s'adapter à la situation, au vécu du patient, et à ses demandes. Remarquons que le cadre d'une étude s'éloigne alors de la pratique

dans laquelle le choix de la technique et de la suggestion utilisée ou de l'exercice demandé est « libre » et adapté au plus près au vécu et au discours du patient.

Une induction écrite, ou du moins préparée à l'avance, nécessaire pour pouvoir comparer les patients, représenterait pour certains le risque de dénaturer le processus même de l'hypnose. C'est cependant le seul moyen de réaliser une étude, au risque de minorer l'efficacité.

.Par ses mécanismes de suggestion, et d'invitation à créer des alternatives cognitives et expérientielles, l'hypnose pourrait être en partie dépendante de la capacité de création du sujet et donc peut-être pas indiquée pour tout le monde. Autrement dit, en clinique, le praticien n'utilise pas forcément que l'hypnose, il « sélectionne » les patients à qui il la propose, ce qui ne sera pas le cas dans l'étude, et risque de minorer également l'efficacité par cette différence avec la pratique quotidienne.

. La randomisation face à une autre méthode semble également poser problème, car il est difficile « d'imposer » une méthode comme l'hypnose (les résistances bloqueraient le processus), ou au contraire « d'imposer de ne pas en faire » si le sujet s'y attendait (la déception diminuerait les résultats). Comme toute technique où l'effet placebo joue, la conviction compte. (Les études où les patients étaient libres du choix de l'hypnose ont montré de meilleurs résultats)

De même il est impossible de faire un « double aveugle », car l'expérimentateur sait ce qu'il fait. D'autre part il ne peut y avoir de « placébo d'hypnose ». L'idée de faire une étude d'observation permet pour partie d'éviter ces problèmes et de se placer dans des conditions plus proches de la réalité.

. Il y a également un « biais d'observateur » puisqu'il est le même que l'expérimentateur, ce qui est le cas *de facto* aussi dans les études qui ont été menées en anesthésiologie. (98) Cependant ce biais pourrait être amoindri si celui qui récupère les résultats est différent de l'expérimentateur.

. Si l'hypnose est un processus relationnel, l'efficacité a probablement une grande variabilité selon le thérapeute, sa maîtrise de la pratique, et son expérience. Les résultats de l'étude pourraient être différents selon l'expérimentateur, surtout s'il était plus expérimenté. C'est donc l'intérêt dans cette étude d'un expérimentateur unique ou d'un petit nombre d'expérimentateurs et d'induction écrites à l'avance, mais à la fois sa limite dans l'efficacité.

L'hypnose paraît aux hypnothérapeutes toujours difficile à placer en tant que sujet de recherche. C'est notamment le cas dans les études sur le tabac. Comme le rappelle JM Benhaiem (30) les obstacles sont nombreux : une étude devrait pouvoir se faire au sein d'une consultation d'hypnose pour ne pas être dans une indication trop spécifique, or, il n'y a pas de services spécialement dédiés à l'hypnose où les médecins pourraient entreprendre des recherches, la plupart des hypnothérapeutes étant attachés à des services hospitaliers ou en pratique de ville. Bien qu'en expansion l'hypnose n'est pas une technique très répandue, il y a donc peu de praticiens susceptibles de mener des études. Une étude de ce genre, et on le comprend bien, aurait difficilement le soutien d'un laboratoire pharmaceutique, ce qui rend plus délicat son financement. Un protocole standardisé est difficile à établir si l'on part du principe que l'hypnose est un processus plus élaboré que la délivrance de médicaments. Elle implique une participation active du thérapeute, et une adaptation du traitement au patient, ce qui pourrait faire grandement varier le protocole de traitement d'un

praticien et d'un patient à l'autre. L'hypnose est difficilement comparable à d'autres méthodes si on la considère comme un processus relationnel et non comme une simple technique, à rechercher non dans l'organisme mais dans son espace et les liens entre l'individu, sa conception de lui-même et du monde et ce qui le relie au monde existant(245).

Cependant les obstacles rencontrés *« ne doivent pas décourager les médecins et les psychologues d'entreprendre au plus vite un relevé des différentes pratiques de l'hypnose et d'établir des protocoles expérimentaux [...] afin d'évaluer au mieux l'utilité ainsi que le mode d'utilisation optimale de l'hypnose dans le sevrage du tabac. La formation de thérapeutes de plus en plus nombreux devrait participer à cette évolution souhaitable et nécessaire au renouveau de l'hypnose. »* (JM Benhaiem) (30)

IV. Résultats d'une étude pilote.

Une étude clinique observationnelle serait d'un grand intérêt pour décrire la population qui bénéficie volontairement de l'hypnothérapie pour le tabagisme et chercher d'éventuels facteurs prédictifs de la réussite de ce traitement. Au vu de la relative pauvreté et de la disparité de la littérature sur le sujet, et avant d'envisager une étude à plus grande échelle qui dépasse le cadre de ce travail de thèse, il fallait pouvoir évaluer la faisabilité d'un tel protocole, l'acceptabilité pour les patients, et surtout affiner les hypothèses de recherche dans une étude pilote dont nous présentons la réalisation et les résultats ci-dessous.

1) Intérêt d'une étude pilote sur le sujet

L'hypnose est une thérapie dont l'histoire est parcourue par de nombreuses controverses. De nos jours, les études d'imagerie cérébrale, les études cliniques dans différents domaines médicaux, et la recherche dans le domaine de la psychothérapie permettent de considérer l'hypnose médicale comme une thérapie parfaitement valable, solutionniste et psycho-corporelle, qui s'inscrit dans le champ des thérapies brèves. L'hypnose est une technique simple, efficace dans plusieurs domaines, non invasive, généralement bien acceptée par les patients, et non-dangereuse[4].

Le tabagisme, véritable fléau de santé publique, à des traitements recommandés, qui sont efficaces de façon réelle mais modeste. Dans tous les cas, le traitement de cette addiction devrait tenir compte de l'aspect psychologique tout autant que physique. En s'intéressant à l'application possible de l'hypnose sur le tabagisme, on s'aperçoit que l'efficacité de celle-ci est inégale dans les essais, qui sont d'ailleurs peu nombreux et comportent des lacunes méthodologiques. En revanche l'efficacité est bien meilleure en situation observationnelle, en conditions « réelles » plutôt qu'expérimentales. Cette différence pourrait venir de la difficulté méthodologique inhérente à l'évaluation par essais cliniques des psychothérapies, et de l'hypnose en particulier ; mais aussi d'une possible sélection de la population d'étude. Dans tous les cas, la motivation est le facteur le plus important du changement, il est donc logique qu'en situation réelles, les résultats soient meilleurs avec des volontaires, qu'ils aient ou non par ailleurs un profil identifiable.

En nous intéressant au sujet de l'hypnose et au tabagisme, nous avions quelques hypothèses sur son efficacité possible dans ce domaine. L'hypnose pourrait agir par un effet d'apprentissage, ce qui donnerait une importance cruciale à la pratique de l'hypnose. Elle pourrait également agir par anxiolyse ce qui éviterait au fumeur de rechuter face au stress. S'appuyant sur un modèle neurologique, on peut supposer que l'hypnose agit sur les émotions, par exemple le dégout, celui-ci étant lié à l'insula, zone cérébrale également liées à la dépendance. Elle agirait également en aidant le fumeur à reprendre contact avec son corps afin de le sensibiliser aux stimuli nocifs issus du tabac qui sont comme anesthésiés par la dépendance ; ou en lui suggérant, contrairement à ce que son état de dépendance implique, un état de bien-être corporel lié à l'absence de tabac.

La population des fumeurs acceptant une prise en charge par l'hypnose pourrait donc être particulière quand à leur anxiété de base ou la reconnaissance des émotions. Les fumeurs réussissant à arrêter par l'hypnose pourraient avoir des caractéristiques particulières qui permettraient

[4] Aucun article n'est trouvé sur les 25 dernières années avec les mots-clés MeSH « Hypnosis » AND « Adverse Effects ». Cinq articles se posent la question avant 1984 et répondent par la négative.

d'indiquer l'hypnose de façon plus efficace, ce qui participerait à une théorie des pratiques dans le domaine.

La littérature est cependant assez pauvre sur la question. Avant d'envisager la réalisation d'une étude à grande échelle, une étude pilote permettait d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité du protocole et d'affiner les hypothèses de recherche.

2) Synopsis du protocole pilote

Le protocole utilisé correspond sensiblement à celui présenté dans la partie V. jusqu'au temps T1. Dans un centre d'addictologie, s'occupant entre autres de sevrage tabagique, des patients de 18 à 60 ans, se présentant pour un sevrage tabagique, sans autre addiction active, sans trouble psychiatrique déséquilibré, et acceptant de bénéficier d'hypnose en traitement adjuvant pour leur sevrage étaient évalués. Le recrutement a duré un mois. Ils recevaient le traitement habituellement prescrit dans le cadre des consultations de tabacologie dans ce centre (consultations par un tabacologue avec prescription selon l'évaluation clinique) auquel s'ajoutaient 3 séances d'hypnose.

A l'inclusion (T0) étaient recueillis des données générales sur le fumeur par interrogatoire et auto-questionnaires, ainsi qu'une évaluation de leur anxiété selon différentes dimensions et leur capacité de reconnaissance des émotions. A la fin du traitement(T1), l'évaluation de l'anxiété, des données sur le tabagisme du patient et son vécu concernant l'hypnose et le recours à l'autohypnose étaient recueillis.

3) Précisions sur les outils utilisés

a) Quelles dimensions évaluer ?

- **Données générales sur les fumeurs rencontrés (+ évaluation du tabagisme)**

Au temps T0, seront recueillies différentes données sur le fumeur : âge, sexe, poids, taille, antécédents, traitements. On demandera aussi aux patients s'ils ont déjà fait des tentatives d'arrêt du tabac et les causes de rechute. Le tabagisme sera évalué par un questionnaire de Fagerström. Une échelle visuelle estimera la motivation et les chances de réussite. . On mesurera le taux de CO dans l'air expiré.

- **Evaluation de la perception des émotions : Test d'Ekman**

D'un point de vue neuro-anatomique, au vu du lien entre tabac et insula d'une part et insula et émotions d'autre part, nous avons cherché à évaluer la capacité de reconnaissance des émotions chez les patients. Le test de référence dans le domaine est le test d'Ekman(82). Le patient voit une série d'images représentant des visages ressentant une des six émotions de base, il doit reconnaitre l'émotion présentée. La consigne est la même pour tous, le temps passé sur chaque photo est libre, quand le patient ne sait pas, il répond au hasard. Les limites couramment utilisées en pratique, entre un taux d'erreurs normal ou pathologique, seront utilisées pour vérifier si le patient à des difficultés à reconnaître les émotions.

- **Evaluation de l'anxiété : questionnaire BATE**

Le questionnaire BATE (pour deBonis Anxiété Trait Etat) évalue la dimension trait et état de l'anxiété, c'est-à dire l'anxiété habituelle de l'individu (le trait anxieux de la personnalité), et l'anxiété actuelle (l'état anxieux quand il consulte). L'intérêt de ce test est aussi d'évaluer plusieurs dimensions dans l'anxiété : l'anxiété vague, l'anxiété liée à des peurs spécifiques, l'anxiété somatique. Ces trois dimensions sont évaluées par des items différents dans le questionnaire. (121). Dans le cadre de l'hypnose, il était intéressant de savoir si l'action de l'hypnose était globale ou plus spécifique sur le facteur anxiété somatique comme on pourrait s'y attendre.

Le questionnaire BATE a été élaboré à partir de 1969. Les deux questionnaires de M. De Bonis comprennent chacun trente-sept items auxquels il a été ajouté trois questions témoins ne se rapportant pas à l'anxiété mais introduites à titre de contrôle (questions n° 10, 14 et 23) (dans la présentation retenue ici uniquement dans le questionnaire-trait). Les items explorant le trait anxieux sont systématiquement précédés des adverbes ou des propositions : "en général", ou "d'habitude" destinées à mettre l'accent sur le fait que l'on cherche à explorer le fonctionnement habituel, au long cours, du sujet. Les items du questionnaire-état sont quant à eux toujours précédés des expressions : "au cours de ces huit derniers jours" ou "en ce moment", destinées à signifier le plus clairement possible que l'on interroge le sujet uniquement sur son état du moment. Les 37 variables cliniques retenues pour explorer le trait ou l'état anxieux l'ont été après un recensement des principales épreuves psychométriques appliquées dans le domaine des troubles anxieux (70) et couvre les manifestations les plus habituelles, soit de l'état, soit du trait anxieux.

Les deux formes du questionnaire doivent être remplies successivement par les sujets. Il est nécessaire de s'assurer que le niveau de compréhension des instructions et de participation est suffisant. La cotation se pratique en cinq points, de 0 à 4. Il existe une double spécification des différents degrés de cotation en termes d'échelle de certitude et de fréquence. En effet, la cotation 0 correspond à "tout à fait faux ou jamais", la cotation 1 à "quelquefois ou un peu", la cotation 2 à "assez vrai ou assez souvent", la cotation 3 à "vrai ou souvent", la cotation 4 à "tout à fait vrai ou toujours". La note totale de chaque questionnaire peut donc varier de 0 à 148 (37 items). Les 3 items de contrôle (N° 10, 14 et 23 de la forme-trait) ne sont pas comptabilisés dans le calcul d'une éventuelle note globale.

Le questionnaire BATE permet donc une évaluation quantitative des trois dimensions de l'anxiété-trait de personnalité ou état-morbide que sont les manifestations psychiques générales, la symptomatologie somatique et les peurs spécifiques. Il permet d'enregistrer la symptomatologie avant traitement, d'évaluer l'importance de celle-ci et d'apprécier la rapidité et la qualité de l'amélioration obtenue sous traitement. L'évaluation de l'état anxieux et du trait anxieux semble pouvoir se faire en explorant les mêmes variables symptomatiques et comportementales. Le questionnaire BATE a une stabilité de la structure factorielle qui paraît suffisante. La structure du trait anxieux apparaît toutefois plus claire que celle de l'état. Il existe d'autre part une inévitable contamination des réponses à un questionnaire sur l'autre à savoir une majoration de l'anxiété de fond au cours d'un épisode anxieux et une tendance, au contraire, à une certaine sous-estimation de l'anxiété de fond dans les périodes de moindre anxiété, même si elle est limitée.

La comparaison des notes obtenues lors des études de validation met en évidence : d'une part l'efficacité des consignes et des formulations retenues, d'autre part la sensibilité au changement du questionnaire-état. Le questionnaire trait reste relativement stable dans le temps même après

traitement. Par ailleurs, si initialement les patients s'évaluent plus anxieux "actuellement" que "d'habitude", après 15 jours de traitement l'écart change de sens. Après un mois de traitement la différence trait-état s'accentue. Le niveau de l'anxiété-état devient comparable à celui de sujets normaux tandis que celui du trait reste plus élevé(69).

L'écart entre les notes-trait et les notes-état pour chacune des 3 principales dimensions identifiées a d'après les auteurs plus de sens que la seule note d'état en tant que mesure de l'état anxieux. Ceci a été avancé par M. De Bonis et G. Ferrey en 1975 et a été confirmé lors d'un essai thérapeutique (Slaska et al. 1979). C'est l'écart entre les deux notes, et l'évolution de cet écart au cours du temps, qui représentent le meilleur critère de changement dans les études de validation. En effet, dans les essais, la note trait diminue dans une moindre mesure que la note état après traitement. Nous verrons que dans notre étude, ce n'est pas le cas. Les résultats sont différents par rapports aux études d'évaluation, probablement en raison de l'utilisation d'autres traitements anxiolytiques qui n'ont pas le même mode d'action.

♦ **Evaluation du recours à l'hypnose et à l'autohypnose**

Enfin, nous avons conçu un questionnaire permettant d'évaluer si les patients ont eu recours à l'autohypnose chez eux, à quelle fréquence, dans quelles circonstances, et si l'hypnose leur a apporté autre chose que l'arrêt du tabac.

b) Quels outils d'hypnose ?

En plus des arguments théoriques et empiriques, nous avons argumenté dans notre étude le choix des outils d'hypnose en nous appuyant sur les données de la littérature et sur un modèle neurologique de l'addiction au tabac.

♦ Comment utiliser ces outils ?

L'idée était d'avoir une thérapie comparable entre les patients. Beaucoup de suggestions et de techniques existent, si bien qu'il est difficile de sélectionner celles qui serviront à l'induction standardisée. Certains admettent même que le seul fait d'être en état d'hypnose avec des suggestions, très libres, de « changement », permet la modification expérientielle nécessaire. Pour d'autres les suggestions doivent être plus ciblées.

Dans le cadre d'une étude, il est important de définir opérationnellement les domaines de l'expérience que les suggestions ciblent et les différentes stratégies hypnotiques que l'on propose aux participants. Les exercices d'hypnose retenus sont donc communs, ils possèdent pour certains une dimension d'adaptabilité restreinte. C'est-à-dire qu'il y a un panel limité d'exercices ou d'induction que l'on peut appliquer aux patients de l'étude.

Ces exercices sont donc écrits à l'avance (cf. annexe 5) mais doivent être « lus » en appliquant les principes d'hypnose, comme par exemple le pacing qui consiste à s'adapter au rythme respiratoire du patient. Ainsi que les méthodes habituelles concernant le ton et le rythme de la lecture.

♦ Séance 1

Se conformant au modèle neurologique, la première séance met en jeu des sensations de dégout liées au tabac, accompagnées d'une projection dans l'avenir avec apaisement des sensations corporelles liées au manque de tabac. Tout d'abord une conversation semi-formelle a lieu. Un certain nombre de questions sont posées au patient visant à provoquer des recadrages et à créer une atmosphère hypnotique en induisant de la confusion et en déculpabilisant le fumeur. L'induction proposée sera une induction visuelle classique. En effet, la vision est le canal sensoriel préférentiel du plus grand nombre. Le patient est donc invité à fixer un point et à focaliser son attention dessus puis sur différentes sensations corporelles avec pour but de le faire entrer en hypnose.

Une fois l'hypnose installée, il lui est demandé de prêter attention à son corps, et notamment à cette partie de lui-même qui souffre de l'intoxication tabagique. Il lui est suggéré que cette partie peut ressentir et lui faire ressentir du dégout face au stimulus tabac, et de l'indifférence, voire de l'apaisement quand ce stimulus s'éloigne. Cette partie du corps, décrite comme vivante, est présentée comme un guide potentiel meilleur, plus vivant et plus naturel que les habitudes passées, qui étaient guidées par de faux schémas de pensée. Cette méthode est inspirée par les écrits de JM Benhaiem (30; 31).

- Séance 2

Partant du fait que le tabac et la rechute sont souvent liés au stress, la deuxième séance consiste en un exercice d'autohypnose utilisé habituellement dans les troubles de l'adaptation avec anxiété, qui a des vertus anxiolytiques, et peut être facilement reproduit. Certains patients peuvent facilement entrer en hypnose, d'autres auront encore besoin d'une induction formelle. L'induction dite « ne rien faire », mise au point par G. Brosseau est très simple d'utilisation et aide à faire tomber des résistances(28). L'exercice dit du « point neutre émotionnel », destiné à gérer stress et troubles du comportement intempestifs a été choisi afin que le patient puisse le reproduire. Cette méthode est inspirée de JC Espinoza qui l'utilise pour les troubles de l'adaptation(92). Une projection dans l'avenir peut achever la séance.

- Séance 3

Enfin, la troisième séance reprendra les points des deux premières qui semblent encore difficiles à assimiler par le patient. Selon les besoins du patient, l'un ou l'autre de ces exercices pourra être reproduit. Par ailleurs une conversation permettra d'établir un objectif en termes d'apaisement de sensations corporelles désagréables en lien avec le tabagisme, et d'utiliser l'hypnose pour valider les changements et l'apaisement de cette sensation(282). Cette méthode, inspirée de certains exercices sur la douleur ou l'anxiété, peut facilement s'appliquer au tabagisme.

4) Modalités et limites du recrutement pilote

Ce recrutement pilote comporte d'importantes limites par rapport au projet d'étude présenté par la suite. Ce recrutement a duré un mois, soit au total deux mois de travail clinique, et il s'est avéré faible puisque nous n'avons recueilli que les données de dix personnes correspondant aux critères, la puissance statistique n'a pu être atteinte, même si quelques tendances se dégagent.

Le centre où nous avons opéré le recrutement est un centre d'addictologie qui a prioritairement son activité dans les troubles en lien avec l'alcool. Les critères précisaient bien que le

patient ne devait pas avoir d'autre addiction active. Les patients étaient donc recrutés parmi les alcooliques abstinents et parmi une extrême minorité de patients consultant uniquement pour le sevrage tabagique et rentrant dans les critères d'inclusion. Les patients tabagiques sans autre addiction étaient assez rares.

Il n'y a pas eu de recueil de données à T2 (6 mois) mais seulement à T1 (fin du traitement), les arrêts ne peuvent donc être considérés comme définitifs ni même durables, ils ne permettent pas de tenir compte des rechutes précoces ou des arrêts qui auraient lieu par la suite, qu'ils soient dus à la poursuite du traitement par le biais de l'autohypnose, ou qu'ils soient dus à d'autres circonstances.

Les séances nous ont permis de nous rendre compte qu'il fallait prévoir au moins une heure de consultation pour la première séance car le recueil de données, le passage des auto-questionnaires et du test d'Ekman prenait quasiment une demi-heure à chaque fois. Les séances se sont déroulées comme prévu dans le protocole, sauf concernant certaines « 3èmes séances » qui ont été un peu plus libres et informelles. En effet, l'absence de suivi à T2 faisait que la troisième séance n'était pas évaluée, et ont laissé l'expérimentateur un peu plus libre d'adapter les suggestions au contexte. Au final, la troisième séance à contribué à faire revenir plus facilement les patients que si on les avait reconvoqués simplement pour une évaluation par questionnaires, mais son effet n'est pas évalué dans l'étude pilote.

Les descriptions suivantes sont tirées des réponses aux questionnaires et des échanges précédant parfois les séances, et non d'une évaluation clinique complète.

5) Résultats

Patient 1

Mme S. est une patiente de 51 ans exerçant la profession d'infirmière libérale. Dans ses antécédents on retiendra des complications du tabagisme : des angines et bronchites à répétition une BPCO. Mme S. est une ancienne alcoolique sevrée depuis plus de six mois. Elle fume environ 20 cigarettes par jour depuis 27 ans. Elle a déjà tenté 4 fois d'arrêter, en essayant différentes méthodes : patches nicotiniques, acuponcture, auriculothérapie. La plus longue période d'abstinence fut d'un mois. Les causes de rechutes sont selon elle le manque et la tristesse. Elle vit en couple, a deux enfants dont aucun à la maison et son conjoint fume ainsi que ses amis.

Le test d'Ekman ne montre pas de problème dans la reconnaissance des émotions.

Les séances d'hypnose se passent sans problème, si ce n'est que la patiente est un peu gênée par une quinte de toux lors de la première séance. Sans grande surprise elle parlera des poumons quand on lui demande de situer la zone de son corps qui à souffert du tabac et qui pourrait l'aider à s'en détacher. La toux sera probablement à l'origine d'une sous estimation du taux de CO lors de la première évaluation puisque la patiente n'a pas pu retenir correctement son souffle, si expirer sans tousser. La mesure en fin d'étude ayant été faite dans de meilleures conditions, la mesure du taux de CO était plus haute bien que la patiente ait déclaré une diminution.

La patiente décrit la cigarette comme un marqueur de pause, une récompense après une tache, ce qu'elle appréhende de quitter. Par ailleurs elle sent que le tabac l'étouffe, lui prend de sa

fonction respiratoire. Elle est gênée par l'aspect compulsif, le fait de « ne pas pouvoir s'en passer », verrait l'arrêt comme une libération, et une précaution de santé.

A T1 la patiente ne fume plus que 6 cigarettes par jour, (-70%) le test de Fagerström est passé de 5 à 3. Elle a également consulté une psychologue et une diététicienne pour contrer une éventuelle prise de poids. Elle n'a pas utilisé les substituts nicotiniques prescrits. Elle attribue le fait de fumer encore au stress habituel, et se déclare décidée à arrêter bientôt, sentant qu'elle aurait encore besoin de séances d'hypnose pour cela *« Il me manque un petit quelque chose, mais cette fois je vais y arriver, c'est sur. »*. Elle n'a pas pratiqué l'autohypnose, mais se déclare très satisfaite de la découverte de l'hypnose (8/10). Elle dit avoir constaté des changements dans sa vie depuis l'hypnothérapie : avoir l'impression de mieux se connaître, être de meilleure humeur. Elle déclare également qu'elle va suivre une formation d'hypnose médicale car cette technique lui paraît intéressante pour certains patients quand elle pratique par exemple des soins douloureux, à titre anxiolytique et/ou antalgique.

Les résultats des questionnaires BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
41	27	23	17	8	7	8	1	39	29	31	19	8	8	0	2

On constate une diminution significative du trait et de l'état anxieux, affectant essentiellement l'anxiété vague.

Patient 2

Mme K est une patiente de 52 ans, fumant depuis 37 ans et actuellement, 2 paquets par jour. Elle a déjà fait 3 tentatives en utilisant les gommes et les patches nicotiniques ou le champix ; la plus longue tentative a duré 30 jours. Elle parle dans ses antécédents de douleurs chroniques et d'anxiété importante, cause principale selon elle de ses rechutes. Son traitement est important, comportant un régulateur de l'humeur (ce qui évoque un trouble de l'humeur qu'elle n'aurait pas déclaré spontanément), un anxiolytique benzodiazépinique et un morphinique pour les douleurs. Elle a un niveau d'études correspondant au Bac Littéraire et travail comme « rédacteur ». Elle vit en couple, sans enfant. Son conjoint fume ainsi que ses collègues et amis. Elle n'a plus fait de tentatives d'arrêt depuis 2007. Sa dépendance était alors telle, selon elle, qu'un tabacologue lui aurait conseillé d'arrêter le sevrage devant sa nervosité...

Le test d'Ekman montre un trouble de la reconnaissance de l'émotion peur et de l'émotion tristesse.

Les recadrages de début de séance vont beaucoup intéresser la patiente qui décrit au départ la cigarette comme une « amie », puis comme un faux ami, un traître dont il faut se méfier. Elle passe aussi de l'agressivité (« elle me pourrit la vie, c'est un ennemi ») à une réaction plus détachée (« c'est un traître à éviter, pas à abattre. ») Elle avoue que l'arrêt est en partie dû à une « pression de la

société ». Elle essaie l'hypnose car elle a eu des effets secondaires du champix et que son dernier sevrage par substituts seuls s'est mal passé.

Les séances se déroulent bien, Mme K semble bien répondre aux suggestions, vit des émotions importantes en séance. A T1, elle déclare fumer seulement 5 cigarettes de moins, le taux de CO est le même, le Fagerström est toujours à 10. Elle a utilisé des inhalateurs nicotiniques mais sans vraiment y adhérer. « J'ai fini par arrêter, ça n'a pas le gout de la cigarette, c'est ça qui me manque ! ». C'est son état de stress habituel, et ses difficultés à pratiquer l'autohypnose qui sont responsables de ses difficultés à arrêter. Néanmoins elle sent des effets de l'hypnose « Quand je fume, c'est moins agréable », comme si les suggestions de dégoût avaient atteint partiellement leur cible. Par ailleurs elle explique que l'effet était particulièrement important au sortir des séances. « En sortant d'ici, je ne fumais qu'une cigarette dans la soirée, et sans forcément en avoir trop besoin, mais le lendemain c'était reparti... ». Elle a pratiqué l'autohypnose mais très difficilement, sans vraiment y arriver, décrivant des phénomènes de douleurs, de pensées parasites et une tachypsychie qui la gênaient. Elle pense pouvoir arrêter prochainement mais ressent un besoin d'aide plus importante en tabacologie.

La patiente est très satisfaite de sa découverte de l'hypnose (10/10), et déclare dans le questionnaire avoir constaté des changements dans sa vie : l'impression de mieux se connaître, le fait de se sentir plus détendue, moins stressée. De façon libre elle écrit qu'elle a « repris confiance en elle pour arrêter de fumer ». Les recadrages semblant avoir été opérants, lors de la dernière séance elle a pu aborder de front sa dépendance et ses pulsions vers la cigarette. Nous avons alors fait un exercice plus personnalisé, où elle a pu faire augmenter puis diminuer son envie de fumer, en s'appuyant sur des sensations au niveau de la bouche et de la gorge.

Ses résultats au questionnaire BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
90	80	51	40	34	38	2	0	98	78	56	47	40	31	2	0

On constate une diminution de la note trait et état, qui concerne surtout l'anxiété vague pour la note trait, et l'anxiété vague et somatique pour la note état. L'écart entre la note trait et état est nettement plus important à T1 sur la note globale (-12 points versus +8 à T0) et sur l'anxiété somatique (-7 points versus + 6 à T0).

Patient 3

Il s'agit d'un homme de 54 ans, ingénieur agronome, alcoolique abstinent depuis plusieurs mois, fumant depuis 32 ans, auparavant 1 paquet par jour mais au moment de l'étude 4 cigarettes par jour depuis un traitement par Champix ®. Il a déjà fait 3 tentatives en utilisant notamment les NRT, le plus long temps d'abstinence était de 3 mois. Les rechutes étaient dues selon lui au stress et au manque. Il a deux enfants, est divorcé vit seul, et son amie fume.

Le test d'Ekman montre un défaut de reconnaissance des émotions, concernant la peur et la tristesse.

Le patient considère la cigarette comme une compagnie, l'arrêt du tabac comme un défi difficile à relever, il a peur d'être irritable. Il constate le paradoxe qui le pousse à « quitter une compagnie pour être plus libre ».

A T1 le patient n'a pas arrêté de fumer, le taux de CO est le même, mais le Fagerström a perdu 3 points, descendant jusqu'à 1. Il est resté sous Champix mais souhaite en diminuer la dose, a continué à rencontrer le tabacologue et suit une psychothérapie. Le patient évoquera un événement stressant qui n'était pas là au début et qui l'a empêché d'arrêter. Il admettra aussi qu'il a réalisé qu'arrêter le tabac est un choix difficile. « Il me faut abandonner le tabac...et l'illusion que je vais tout pouvoir changer... j'ai vu dans l'arrêt du tabac plus de choses qu'il n'y a vraiment... ».Il se sent confiant pour arrêter mais déclare avoir encore besoin d'aide en tabacologie et encore besoin de séances d'hypnose.

Les séances se passent particulièrement bien, le patient évoque ses oreilles comme zone de son corps touchée par le tabac et pouvant lui servir de guide. Il me dira après coup qu'il a des antécédents d'acouphènes qui le préoccupent beaucoup, et que tout s'est passé comme si *« [son] corps, et particulièrement l'oreille, avait quelque chose à [lui] dire. »*. Le patient est très satisfait de l'hypnose (8/10). Il a utilisé l'autohypnose environ une fois par semaine, et constate des changements dans sa vie qu'il décrira comme une *« impression d'avoir découvert des chemins nouveaux. ». « J'ai fait un voyage...je crois que je vais plus écouter mon corps... ».*

Les résultats au questionnaire BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
62	66	40	42	15	19	3	3	76	82	51	51	21	27	4	4

On constate dans l'ensemble une légère augmentation des scores qu'il faut peut-être mettre en relation avec les déclarations du patient concernant la survenue d'un événement stressant en cours de route.

Patient 4

M. N est un patient de 54 ans qui fume depuis 37 ans et déclare actuellement un tabagisme de 20 cigarettes par jour. Il a d'importants antécédents médicaux avec un alcoolisme abstinent, une hépatite B, une cirrhose, et un antécédent de pancréatite aigüe alcoolique. Il prend donc un important traitement : Hespera ® Zeffix® Calcidose ®Inexium ®Hexaciquine ®Kaleorid ®Myolastan ®Havlane ®. Il n'a jusqu'à présent jamais tenté d'arrêter de fumer, il refuse les substituts nicotiniques. M. N. est en invalidité, a un niveau d'étude Bac+2, il a trois enfants mais aucun à charge, vit seul et a quelques amis qui fument autour de lui.

Le test d'Ekman indique une difficulté dans la reconnaissance de la peur et de la tristesse.

Lors de la première séance, le patient décrit la cigarette comme une contrainte qui lui pèse de plus en plus. La cigarette le « prive » de sa santé mais aussi de certaines occupations. « Vous voyez, je suis un contemplatif, j'aime me poser et regarder la nature, ou regarder autour de moi.

Mais comme je me sens obligé de fumer, la cigarette me prive même de ça ! » Fumer serait une libération, mais le patient a peur de devoir manger pour compenser. Les séances d'hypnose se passeront de façon inégale. Lors de la première le patient a du mal à « lâcher-prise » et à entrer en hypnose. La deuxième séance sera beaucoup plus efficace.

A T1 le patient a diminué son tabagisme à 5 cigarettes par jour (-75%), le taux de CO ne bouge pas, le questionnaire de Fagerström passe de 4 à 1. Selon lui, ce qui l'empêche d'arrêter de fumer est surtout la présence de moments conviviaux entre amis. Le patient déclare qu'il compte arrêter mais ressent le besoin d'autres séances d'hypnose. Il n'a pas utilisé l'autohypnose, et ne déclare pas avoir ressenti de changements dans sa vie depuis sa découverte de l'hypnose. Son questionnement autour de l'addiction semble voir évolué lors de la troisième séance. *« J'ai passé beaucoup de temps à me demander pourquoi je fume, pourtant j'avais arrêté l'alcool et pas à cause des « causes profondes »... » « En arrêtant il va me manquer un truc...la question est comment combler cette perte sans que ça me coûte ?...j'ai du mal à me sentir en danger par rapport au tabac, pourtant mon corps est en danger et me le dit...comment retrouver le contact avec mon corps ? Franchir la barrière esprit/corps ? »*. Le patient se pose de nombreuses questions, et, malgré ses dires, cherche toujours à savoir « pourquoi », sans pouvoir dépasser ce questionnement. *« La solution, ce serait peut-être de ne plus se poser de questions... ».*

Les résultats au questionnaire BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
24	20	7	2	8	7	8	10	11	10	3	1	4	3	4	6

Les scores sont relativement stables dans le temps, avec peut-être une légère diminution du score d'anxiété vague.

Patient 5

Il s'agit d'une patiente de 31 ans, assistante de direction, vivant en couple sans enfant. Elle a pour antécédents notables une bouffée délirante aigüe ayant rechuté deux fois aux tentatives d'arrêt de traitement. La patiente est toujours sous Solian©, 100mg. Même si un diagnostic de psychose n'a jamais été formellement porté puisqu'il pourrait s'agir de récidives de bouffées délirantes, cet état de fait pourrait orienter vers une pathologie schizophrénique sous-jacente qui exclurait la patiente de l'étude. Nous l'avons tout de même incluse dans ce recrutement pilote.

La patiente fume depuis 12 ans et n'a fait qu'une tentative d'arrêt il y a un an qui n'a duré qu'un jour et demi. Elle fumait un paquet par jour mais a réussi à diminuer à une douzaine de cigarettes par jour avec une plus grande consommation le week-end. Elle utilise des substituts nicotiniques. Ses collègues fument mais pas son conjoint ni ses amis. Elle avoue des difficultés à se motiver, un manque de volonté, une conviction qu'elle « ne va pas y arriver ». Elle évaluera avec la moins bonne note sa motivation et ses chances d'arrêt. Tout au long de la prise en charge, Mlle P va résister à l'hypnose, semblant chercher plus à se rassurer sur une innocuité du tabac. En effet, elle dit vouloir arrêter de fumer en raison d'un projet d'enfant mais demandera à plusieurs reprises : *« Il y a quand même bien des femmes qui fument pendant leur grossesse et dont les enfants n'ont pas de*

problèmes, non ? ». Elle n'arrive pas du tout à se projeter dans un arrêt. Si elle tente de prévoir une journée sans tabac avec l'aide de la tabacologue, elle se projette immédiatement dans « l'après » et dans le soulagement de refumer.

Le test d'Ekman montre une reconnaissance altérée sur les émotions « dégout » « peur » et « tristesse ».

La patiente se sent sous « l'emprise » du tabac, synonyme absolu de la « pause » au travail ou ailleurs, et surtout un plaisir. Elle avait déjà fait de l'hypnose qui s'était avérée inefficace. Elle se sent mal à l'aise à l'idée d'arrêter cette cigarette « réconfort » qui l'a accompagnée, y compris quand elle était au plus mal, hospitalisée en psychiatrie. La patiente résiste beaucoup à l'hypnose notamment en posant de nombreuses questions.

A T1 elle fume légèrement moins à 10 cigarettes par jour, semaine comme week-end. Le questionnaire de Fagerström ne diminue que d'un point et le taux de CO ne bouge pas significativement. Elle attribue son échec à arrêter à une insuffisante prise de conscience. Elle compte continuer à fumer mais encore diminuer, ne peut se projeter dans un avenir sans tabac. Elle ne voit que des avantages à fumer, « s'il n'y avait pas l'envie d'enfant, je ne l'aurais pas fait ». Elle n'a pas utilisé l'autohypnose, mais trouve des changements dans sa vie depuis la découverte de l'hypnothérapie qu'elle exprimera de façon libre : « j'ai compris plus de choses sur mon comportement et sur celui du tabac. »

Pendant la dernière séance, le travail sera bien plus conversationnel car la patiente semble en difficultés quand nous avons essayé une transe « formelle ». Le travail de recadrage y sera très important, et lui permettra de changer un peu son point de vue. En effet, pour elle la cigarette est une pause. Par une stratégie d'externalisation nous lui suggérons que la cigarette, comme un dictateur, au contraire lui vole ses pauses. Elle lui impose des arrêts dans ses activités, elle lui impose quoi faire de ses arrêts, elle lui impose de se consacrer à « elle » (la cigarette), plutôt qu'à « elle » (la patiente). *« Oui, c'est vrai que c'est elle qui décide, j'ai l'impression d'être une esclave. »* Nous espérons que cette étape aura été un premier pas, même si son tabagisme n'a pas encore beaucoup diminué. *« Oui c'est vrai que ça n'a pas beaucoup changé, mais ça m'a aidé à tenir. Depuis qu'on s'est vu je me suis souvent demandé en prenant une cigarette 'mais pourquoi je fais ça ?' ».*

Les résultats au questionnaire BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
24	10	14	5	7	2	0	0	21	8	17	4	4	4	0	0

Les scores trait et état ont diminué clairement entre T0 et T1, même si l'écart reste sensiblement le même (et en l'occurrence très serré) entre le trait et l'état.

Patient 6

M. B. est un patient de 53 ans qui fume depuis 37 ans. Actuellement son tabagisme est de 6 cigarillos, ce qui équivaut à 12 cigarettes. Il a déjà effectué 6 tentatives, s'appuyant sur les conseils

d'un spécialiste, sur les substituts nicotiniques et sur le champix. La durée maximale d'abstinence à été de 10 jours, les rechutes étant dues selon lui au manque.

Ses antécédents sont importants avec un alcoolisme sevré depuis six mois et une hypercholestérolémie. Le tabac lui a également valu une artérite avec une fémoroplastie et pontage artériel au niveau de la jambe gauche. Il est actuellement sous statines et antiagrégants. Ses collègues et amis fument également. Il exerce la profession de tourneur dans une usine, vit seul, a deux enfants mais pas à charge. Le test d'Ekman montre un très bon niveau de reconnaissance des émotions.

A la fin des séances, le patient fume quasiment autant (1 cigarillo de moins), le taux de CO a légèrement diminué, et le questionnaire de Fagerström passe de 8 à 5. Le patient a continué son suivi tabacologique et utilisé des substituts. Le tabac est pour le patient « un vieux partenaire », mais son attitude est un peu passive face à son addiction, il aimerait « qu'on l'en débarrasse » « qu'on l'en dégoute ». L'arrêt de l'alcool lui apparaît comme plus facile.

Lors de la première séance, il choisira comme partie du corps touchée par le tabac ses artères fémorales, sans forcément arriver à suivre les suggestions. Lors de la troisième séance, nous nous rendons compte que ce patient est pourtant dans d'autres domaines sensible aux signaux du corps. En effet, il parle de sa passion pour le patin à glace, sport qui nécessite un équilibre important. Il évoque aussi sa passion pour le bowling, et comment le moindre déséquilibre, ne serait-ce que la présence d'une pièce dans sa poche, lui fait rater son lancer. Cette attention au corps, cette notion de déséquilibre et de retour à l'équilibre, pourraient être des pistes à explorer dans l'hypnothérapie individuelle, et permettraient peut-être de plus impliquer le patient dans la prise en charge. Il est presque étonnant dans cette perspective hypnotique que le patient n'ait pas pu, à un moment, être attentif aux signaux corporels. *« J'ai loupé le coche avec les artères ».*

Le patient déclare pouvoir arrêter avec plus d'aide en tabacologie, il est relativement satisfait de l'hypnose (7/10) mais ne constate pas de changement dans sa vie.

Les résultats au questionnaire BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Le patient à répondu 0 à chaque question sauf aux questions contrôle du questionnaire trait. Le résultat est ininterprêtable.

Patient 7

Mlle P. a 32 ans, aucun antécedent particulier, et 17 ans de tabagisme derrière elle. Elle fume actuellement un demi-paquet par jour, elle a déjà fait quatre tentatives, dont la plus efficace lui a permis d'être abstinente pendant 6 mois. Les causes de rechute ont été selon elle le stress et le

manque. Elle vit seule, son ami ne fume pas, mais plusieurs de ses amis fument. Elle est esthéticienne. Elle n'a aucun antécédent ni traitement.

Le test d'Ekman ne montre aucun problème particulier dans la reconnaissance des émotions.

Elle explique avoir beaucoup reculé avant de refaire une démarche d'arrêt. Pour elle la cigarette est synonyme de pause et de détente. « C'est un moment à moi entre deux clientes ». Elle constate cependant que la cigarette est associée à une hygiène de vie qui ne la satisfait pas : repas pris rapidement, coucher tardif. Les séances d'hypnose se passent très bien et Mlle P. adhère facilement aux suggestions et se détend. La partie de son corps touchée par la cigarette sera sa peau. A T1 elle a arrêté de fumer totalement depuis une semaine sans gros efforts. Ce changement est concomitant à une décision de changement dans sa vie puisqu'elle décide de changer de métier et de se consacrer à l'enseignement de l'art appliqué à l'esthétique. *« Je me sens plus moi-même, j'ai pris des décisions...j'ai l'impression d'être plus mûre. »* Elle parle aussi d'un changement de la qualité des relations à son entourage. Elle a utilisé l'autohypnose plusieurs fois par semaine et déclare plusieurs changements dans sa vie depuis la découverte de l'hypnose dont elle est pleinement satisfaite (10/10) : elle a ainsi l'impression de mieux se connaître, d'être plus épanouie, de meilleure humeur, plus à l'aise, de dormir mieux et d'avoir de meilleures relations à son entourage.

Les résultats au questionnaire BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
53	16	32	8	20	8	0	0	44	18	25	9	18	9	1	0

Les points sont nettement diminués dans la note trait comme dans la note état entre T0 et T1, pour l'anxiété globale, et pour les dimensions d'anxiété vague et somatique.

Patient 8

M. B. est un patient de 53 ans aux lourds antécédents médicaux : asthme, hypertension artérielle, arthrose cervicale, algodystrophie, pneumonie à staphylocoque 3 mois avant l'étude, alcoolisme abstinent depuis 7 mois. Il a sur le plan psychiatrique des antécédents de trouble anxio-dépressif avec tentative de suicide. Il est actuellement sous benzodiazépines, statines, et antihypertenseur.

M.B. fume depuis 37 ans, il a déjà une consommation réduite par rapport à sa consommation habituelle de plus d'un paquet. Au moment de sa pneumopathie il a été sevré à l'hôpital, puis a rechuté. Il souhaiterait arrêter définitivement. Il a essayé plus de 10 fois de s'arrêter, soit seul, soit avec des substituts nicotiniques. La plus longue période d'abstinence a été de 5 semaines. La cause de rechute a selon lui été le stress. Son épouse ainsi que sa fille fument chez lui, tout comme ses amis et collègues. Il exerce la profession de technicien au CNRS, est marié, a 4 enfants dont deux filles encore chez lui.

Le questionnaire d'Ekman montre un fort déficit de la reconnaissance de la peur et de la tristesse.

Pour lui la cigarette est maintenant vue comme un *« fléau », un « poison ». « La cigarette m'a conduit en réanimation ! »* Les rechutes pourraient être dues au stress ou à l'habitude. Le patient rentre facilement en hypnose et profite bien des suggestions ; il utilisera beaucoup l'autohypnose jusqu'à plusieurs fois par jour. A T1 son tabagisme est sevré totalement depuis 10 jours. Le taux de CO est passé de 26 à 14, ce chiffre résiduel pouvant être expliqué par un tabagisme passif toujours existant. Le patient est pleinement satisfait de l'hypnose (10/10) et déclare de nombreux changements dans sa vie : impression de mieux se connaître, d'être plus épanoui, plus détendu, de meilleure humeur, plus à l'aise, plus présent au monde qui l'entoure, et avec une meilleure qualité de sommeil.

Les résultats au questionnaire BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
99	87	50	41	41	34	5	9	96	70	45	33	40	27	11	10

Les scores de trait et d'état ont diminué entre T0 et T1 concernant l'anxiété globale, et dans les dimensions anxiété vague et anxiété somatique. L'écart entre la note trait et état est nettement plus grand à T1 qu'à T0.

Patient 9

Il s'agit d'une patiente de 40 ans fumant depuis 25 ans sans interruption ni tentative d'arrêt, sans antécédents particuliers, fumant un paquet par jour. Elle a suivi plusieurs types de thérapie et s'est beaucoup soignée avec des médecines douces et parallèles pour toutes sortes de problèmes fonctionnels. Elle exerce la profession d'artiste photographe, vit seule et n'a pas d'enfant.

Le test d'Ekman indique un fort taux d'erreurs dans les émotions « dégout » « tristesse » et « peur », y compris un taux de 36% d'erreurs pour les visages « neutres » n'exprimant pas d'émotions.

Mme P. considère la cigarette comme une béquille dont elle angoisse de se passer. Elle ressentirait néanmoins un apaisement en arrêtant. La patiente entre facilement en hypnose et a des réactions assez importantes aux suggestions, semblant vivre de façon émotionnellement intense les séances. A la fin du traitement, elle fume encore 13 cigarettes par jour (-35%). Le taux de CO passe de 20 à 9 et le questionnaire de Fagerström de 4 à 5. Elle n'a pu arrêter selon elle en raison d'une crainte de prise de poids, des effets de manque, et d'une peur de « lâcher-prise ». Elle a utilisé l'autohypnose moins d'une fois par semaine et seulement après la deuxième séance. Elle déclare avoir ressenti des changements dans sa vie depuis sa découverte de l'hypnose : se sentir plus détendue, et avoir résolu certains problèmes autres que le tabac. Lors de la dernière séance elle raconte avoir vécu un événement angoissant dans la semaine. Cependant, les cigarettes sont, moins qu'avant, liées à l'angoisse ou à l'ordinateur. Elle est décidée à diminuer encore et s'arrêter dans le mois qui suit. Elle prend conscience de son problème de dépendance à la cigarette mais aussi aux autres et aux thérapeutiques alternatives de toutes sortes.

Les résultats au questionnaire BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
54	46	25	26	29	19	2	0	59	58	27	27	28	27	4	4

La note-trait à diminué alors que la note état à stagné. Les trois modalités d'angoisse ont stagné, à l'exception de l'anxiété somatique dans le questionnaire trait.

Patient 10

Il s'agit d'une patiente qui se présente pour une diminution de son tabagisme mais surtout de sa consommation de cannabis. Cette addiction aurait théoriquement du ne pas l'inclure dans l'étude, et était due probablement au biais de recrutement décrit plus bas. Elle fume depuis 33 ans, a tenté d'arrêter 5 fois avec différentes méthodes : Zyban©, Champix©, acuponcture. Elle a réussi à arrêter le tabac parfois pendant quelques mois et jusqu'à un an mais jamais les cigarettes de cannabis. Les rechutes sont liées essentiellement aux moments conviviaux avec ses amis ou son entourage : son mari fume également. Elle vit avec son mari et ses deux enfants et est sans profession.

Le test d'Ekman ne montre pas de déficit particulier de reconnaissance des émotions.

Le tabac et le cannabis sont pour elle une pause, une détente, mais elle se sentirait quand même libérée d'y renoncer. Les séances d'hypnose se déroulent sans difficulté. A la fin du traitement la patiente a totalement arrêté le tabac et le cannabis. Elle a diminué de moitié la dose de Champix®. Elle a beaucoup utilisé l'autohypnose : plusieurs fois par semaine. Elle a constaté qu'elle se trouvait plus détendue et moins stressée depuis qu'elle a recours à l'hypnothérapie dont elle est très satisfaite (8/10).

Les résultats au questionnaire BATE sont les suivants :

BATE Trait								BATE Etat							
Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global		Vague		Somatique		Spécifique	
T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
32	9	18	4	8	1	4	3	17	3	10	3	7	0	0	0

L'anxiété trait et état ont diminué fortement entre T0 et T1 dans les modalités d'anxiété vague et d'anxiété somatique.

2) Discussion

a) Données

Précisons d'emblée que l'échantillon n'étant ni assez grand ni représentatif, nous ne pouvons tirer aucune conclusion ferme. En revanche nous pouvons décrire les résultats et en tirer quelques tendances et indications.

- Description de l'échantillon.

Patient	Sexe	Age	Années Tabagisme	Nb Tentatives	Durée max arrêt en jrs	EVA Motivation	EVA Chances d'Arrêt	Tabagisme En cig/j
N°: 01	Féminin	51	36	4	30	7	7	20
N°: 02	Féminin	52	37	3	30	10	7	40
N°: 03	Masculin	50	32	3	90	10	10	4
N°: 04	Masculin	54	33	0	0	8	8	20
N°: 05	Féminin	31	12	1	1,5	6	6	14
N°: 06	Masculin	53	37	6	10	8	8	12
N°: 07	Féminin	32	17	4	180	9	9	10
N°: 08	Masculin	52	37	10	35	10	10	5
N°: 09	Féminin	40	25	0	0	7	5	20
N°: 10	Féminin	53	33	1	365	10	8	8
Moy.		46,8	29,9	3,2	74,15	8,5	7,8	15,3

Tableau 4 : Description de l'échantillon : plutôt des anciens fumeurs.

L'échantillon comprenait 4 hommes et 6 femmes. Les personnes ayant arrêté sont surlignées en bleu. La moyenne d'âge et de 46,8 ans. Les patients ont des âges assez proches : en dehors des 3 patients de 31, 32 et 40 ans, tous les patients ont entre 50 et 54 ans. Tous les patients se sont présentés aux trois rendez-vous, sans avoir besoin d'être relancés. Aucun d'entre eux n'a de problème de BMI. Ce sont généralement des fumeurs depuis un grand nombre d'années. En dehors des trois patients les plus jeunes qui ont un tabagisme de 12, 17 et 25 ans d'ancienneté respectivement, tous les autres ont plus de 30 années de tabagisme quotidien derrière eux, la médiane d'années de tabagisme est de 33 ans.

Les personnes ayant arrêté ne se distinguent globalement ni par leur tabagisme de base ni par leurs tentatives passées. Ceux ayant arrêté sont plutôt des petits fumeurs mais cela ne les distinguent pas des autres. Notons aussi que la personne ayant arrêté le plus grand nombre de fois, et les deux personnes ayant arrêté le plus longtemps, font partie des arrêts.

Dans l'ensemble, les échelles de motivation et d'évaluation des chances d'arrêt ont été remplies avec un certain optimisme parmi les patients. Au niveau antécédents, retenons que 5 patients sur les 10, dont un parmi les arrêts sont des alcooliques abstinents, comme on pouvait le prévoir au vu du lieu de recrutement. Deux autres patientes ont des antécédents psychiatriques assez lourds (troubles de l'humeur pour l'une, et plusieurs épisodes de BDA pour l'autre).

Une échelle HAD était incluse dans le questionnaire de base du dossier rempli avant inclusion et les résultats sont les suivants pour nos patients :

Patient	HAD	
	Anxièté	dépression
1	14	6
2	19	15
3	15	13
4	5	2
5	11	2
6	2	3
7	9	7
8	19	14
9	9	3
10	12	2

Tableau 5 : Scores HAD parmi les patients

La symptomatologie est considérée comme douteuse au dessus de 8 et comme certaine au dessus de 11. 8 patients sur les 10 avaient une symptomatologie anxieuse repérable dont 6 de façon certaine. 3 patients avaient une symptomatologie dépressive certaine. Même si les personnes arrêtant ne se distinguent pas du reste de l'échantillon, dans l'ensemble la morbidité de ces patients nous semble importante. Ajoutons que l'un d'entre eux consommait également du cannabis, même si il a pu arrêter. Ces résultats poussent à réfléchir sur les critères d'inclusion d'une telle étude. Faut-il refuser toute pathologie psychiatrique ou seulement certaines comme les psychoses? Faut-il refuser d'inclure les personnes addictes au cannabis ?

- Description des données concernant le tabac.

Patient	**Tabagisme**		**CO**		**Fagerström**		**Delta Tabac**		**Delta CO**	**Delta Fag**
	T0	**T1**	**T0**	**T1**	**T0**	**T1**				
N°: 01	20	6	21	40	5	3	-14	-70%	19	-2
N°: 02	40	35	20	21	10	10	-5	-13%	1	0
N°: 03	4	5	14	16	4	1	1	25%	2	-3
N°: 04	20	5	13	14	4	1	-15	-75%	1	-3
N°: 05	14	10	5	8	7	6	-4	-29%	3	-1
N°: 06	12	10	25	21	8	5	-2	-17%	-4	-3
N°: 07	10	0	18	1	3	0	-10	-100%	-17	-3
N°: 08	5	0	26	14	5	0	-5	-100%	-12	-5
N°: 09	20	13	20	9	4	5	-7	-35%	-11	1
N°: 10	8	0	6	3	2	0	-8	-100%	-3	-2

Tableau 6 : Evolution des données concernant le tabagisme

Le delta du CO n'est pas représentatif du tabagisme rapporté mais cela semble essentiellement dû à une manipulation plus aisée du dispositif en fin d'étude par l'expérimentateur. Les patients en fin d'étude ont soufflé plus « efficacement », car les consignes données étaient plus claires. Par exemple, sans tenir compte de l'aspect déclaratif des arrêts de tabac, même au moment du tabagisme actif du début de l'étude, certains chiffres ne sont pas cohérents : il est par exemple en dessous de 10 pour le patient 5, ce qui correspond à « non fumeur », et augmente par la suite pour les patients 1 ou 5. Notons que le patient N° 8 déclarant arrêter avec un taux de CO à 14 peut s'expliquer par un tabagisme passif important : sa femme et sa fille fument à la maison. Si une étude à plus grande échelle se mettait en place, il faudrait s'assurer que le fonctionnement de la machine et les consignes à donner soient mieux acquises dès le départ par l'expérimentateur. L'idéal, mais également plus couteux, étant bien sûr une mesure chimique comme le thiocyanate ou la cotinine.

Nous tiendrons surtout compte du tabagisme rapporté. Tous les patients rapportent une diminution de leur tabagisme sauf le plus petit fumeur qui passe de 4 à 5 cigarettes par jour. Trois d'entre eux arrêtent, trois autres diminuent d'au mois un tiers leur consommation, et même des ¾ pour deux d'entre eux. Le test de Fagerström est diminué entre 1 et 5 points pour 8 fumeurs sur les 10.

- Relation à l'hypnose, l'autohypnose, autres méthodes utilisées.

Patient	**Autohypnose**						**Autres méthodes**	**Delta Tabac**
	Déclaration	**Fréquence**	**Période**	**Circonstances**	**Changements**	**Satisfaction/10**		
1	non				oui	8	psy, diététicienne	-70%
2	oui	>1/j	Après 1 séance	Envie auto H	oui	10	NRT	-13%
3	oui	1/sem.	Après 1 séance	Envie auto H	oui	8	Champix, conseils, psy	25%
4	non				non	7	aucune	-75%
5	non				oui	8	NRT, Conseil	-29%
6	non				non	7	NRT	-17%
7	oui	>1/sem.	Après 1 séance	Envie auto H	oui	10	aucune	-100%
8	oui	>1/j	Après 1 séance	Envie Fumer	oui	10	aucune	-100%
9	oui	<1/sem.	Après 2 séances	Envie auto H	oui	10	Med Parallèle	-35%
10	oui	>1/sem.	Après 2 séances	Envie auto H	oui	8	champix mais 50% diminué	-100%

Tableau 7 : Autohypnose et autres méthodes.

6 patients sur les 10 ont utilisé l'autohypnose. Pour cinq d'entre eux, il n'y a pas eu à attendre de leur enseigner spécifiquement une technique d'autohypnose à la deuxième séance. Nous avons demandé aux patients s'ils pratiquaient l'autohypnose de façon régulière, pour faire face aux envies de fumer, ou tout simplement quand une envie ou un besoin de faire une séance se présentait. Pour cinq d'entre eux, c'est l'envie naturelle de pratiquer l'autohypnose qui primait, et un d'entre eux l'utilisait face aux envies de fumer.

Les trois patients ayant arrêté sont ceux qui ont utilisé l'autohypnose avec la plus grande fréquence.

8 patients sur les 10 déclarent avoir ressenti des changements dans leur vie depuis la découverte de l'hypnose en général. Nous avons demandé aux patients dans une question à choix multiples de quelle nature étaient ces changements. Cinq d'entre eux déclarent mieux se connaître ou comprendre leurs comportements, quatre se déclarent plus détendu, moins stressé, trois se disent de meilleure humeur, deux se disent plus à l'aise, et enfin ne sont retrouvés qu'une fois : se sentir plus épanoui, se sentir confiant pour l'arrêt du tabac, se sentir plus à l'aise dans les relations avec son entourage, dormir mieux, être plus présent au monde, avoir résolu d'autre difficultés que le tabac. Nous avons demandé aux patients d'évaluer sur 10 leur satisfaction à avoir découvert l'hypnothérapie : le taux de satisfaction est excellent.

Cinq patients sur les 10 ont utilisé une pharmacothérapie, dont trois des NRT et deux du champix. Un de ces deux patients, par ailleurs ayant arrêté le tabac, l'a diminué de moitié.

- Perception des émotions.

patient	% d'erreurs Ekman							
	Globale	Dégout	Peur	Colère	Tristesse	Joie	Surprise	Neutre
1	4%	0%	20%	0%	6%	0%	0%	0%
2	16%	7%	67%	6%	24%	7%	0%	7%
3	26%	7%	80%	12%	65%	0%	6%	14%
4	19%	13%	67%	12%	41%	0%	0%	0%
5	18%	27%	40%	6%	53%	0%	0%	0%
6	3%	0%	7%	6%	0%	7%	0%	0%
7	5%	27%	0%	6%	0%	7%	0%	0%
8	26%	13%	100%	12%	53%	7%	0%	0%
9	27%	20%	47%	18%	71%	0%	0%	36%
10	15%	0%	27%	18%	29%	0%	0%	29%

Tableau 8 : Reconnaissance des émotions dans le test d'Ekman.

Le tableau représente le pourcentage d'erreurs au test d'Ekman de reconnaissance des émotions. Les limites utilisées sont les suivantes : pour la peur, émotion étant la plus difficile à reconnaître, un taux supérieur à 40% d'erreurs est considéré comme un échec au test. Pour les autres émotions négatives (dégout, colère, tristesse), la limite est à 20%, pour les émotions neutres et positives (joie, surprise) la limite est à 20%. La moyenne globale d'erreurs acceptable est donc moins de 20%. Les cases dépassant la limite considérée comme échec ont été colorées en rouge.

Il semble se dégager des caractéristiques globales concernant les fumeurs de notre échantillon puisque 6 d'entre eux échouent à reconnaître au moins une émotion. Contrairement à nos attentes, les fumeurs de l'échantillon ne sont pas majoritairement en difficulté pour reconnaître le dégout. . En revanche 6 fumeurs sur les 10, tous ceux ayant au moins un problème dans la reconnaissance d'une émotion, dépassaient la limite d'erreurs acceptable pour la peur et pour la tristesse. Le taux important d'échecs dans la reconnaissance de deux émotions négatives appelle quelques commentaires dans la partie discussion.

Les arrêts ne semblent pas se distinguer des autres patients, même si deux d'entre eux n'ont aucun problème de reconnaissance des émotions.

♦ Niveau d'anxiété : Questionnaire BATE

Le questionnaire de BATE calcule l'anxiété trait et état de façon globale et selon trois dimensions : l'anxiété vague (se sentir tendu, soucieux etc.) ; l'anxiété somatique (palpitations, gorge nouée, sueurs) ; les peurs spécifiques (rats, araignées, foule). Les scores de départ chez des sujets contrôle dans une étude de validation pour l'anxiété trait étaient de 42,5 (Ecart Type 4,6), et pour l'anxiété état de 38,3 (Ecart-Type de 4,6). Voici les scores pour nos patients.

	Trait		Etat	
	T0	T1	T0	T1
1	41	27	39	29
2	90	80	98	78
3	62	66	76	82
4	24	20	11	10
5	24	10	21	8
6	0	0	0	0
7	53	16	44	18
8	99	87	96	70
9	54	46	59	58
10	32	9	17	3

Tableau 9 : notes globales trait et état à T0 et T1

Sont considérés comme anxieux les patients s'éloignant de plus de deux écarts type des scores contrôles. Cinq patients pour l'anxiété trait, quatre pour l'anxiété état entrent dans ces critères en début de traitement ; ils sont trois dans le critère trait et quatre dans le critère état en fin de traitement. Les patients ayant arrêté ne se distinguent pas particulièrement. Constatons que sur l'échantillon global, cinq sont anxieux.

Une de nos questions est de savoir si l'hypnose agit par un effet d'anxiolyse sur l'arrêt du tabac. Evidemment aucune conclusion ne saurait être tirée d'un aussi petit échantillon. Nous pouvons au moins voir si des tendances se dégagent et si l'anxiolyse a eu lieu de façon générale avec l'hypnose.

Une manière d'interpréter le questionnaire BATE en fonction du traitement a été de tenir compte du fait que de façon générale, le critère déterminant est l'écart entre le score « état » et le score « trait ». Selon les concepteurs de l'outil, pour chaque dimension, l'écart entre la note-trait et la note-état, et surtout l'évolution de cet écart dans le temps, représentent les meilleurs critères de changement sous traitement.

Sur des personnes anxieuses, la différence entre l'état et le trait est positive (ils sont plus anxieux « en ce moment » que « d'habitude »), et se réduit avec le traitement, voire s'inverse. Les concepteurs du questionnaire sont partis du fait que la mesure du « trait » était stable après traitement. Le score « différence état-trait » représente l'écart entre les notes état et trait. Si le score « différence état-trait » est positive, c'est que le patient est plus anxieux en ce moment que d'habitude. Si le score différence état-trait est négatif, c'est qu'il est moins anxieux en ce moment que d'habitude.

Le score intéressant à mesurer semble donc être l'évolution de l'écart entre anxiété état et trait entre le début et la fin du traitement, c'est-à-dire l'évolution de l'écart note-état et note-trait dans le temps.

Nous avons calculé ce score, ici arbitrairement appelé « points gagnés », pour faciliter la compréhension. Si l'écart se réduit dans le temps, dans le sens d'une diminution de l'anxiété « état » par rapport au « trait », c'est que le traitement est anxiolytique, le score « points gagné » est positif car le traitement a permis de réduire l'écart. Si inversement l'écart change dans le sens d'une augmentation du score d'anxiété d'état par rapport au trait, les points sont négatifs.

	BATE évolution de la différence état-trait								« Points gagnés »		
	Global		Vague		Somatique		Spécifique		Global	Vague	Soma
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1			
1	-2	2	8	2	0	1	-8	1	-4	6	-1
2	8	-2	5	7	6	-7	0	0	10	-2	13
3	14	16	11	9	6	8	1	1	-2	2	-2
4	-13	-10	-4	-1	-4	-4	-4	-4	-3	-3	0
5	-3	-2	3	-1	-3	2	0	0	-1	4	-5
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	-9	2	-7	1	-2	1	1	0	-11	-8	-3
8	-3	-17	-5	-8	-1	-7	6	1	14	3	6
9	5	12	2	1	-1	8	2	4	-7	1	-9
10	-15	-6	-8	-1	-1	-1	-4	-3	-9	-7	0
Moy	-1,8	-0,5	0,5	0,9	0	0,1	-0,6	0	-1,3	-0,4	-0,1

Tableau 10 : comparaison de la différence trait-état entre T0 et T1

Pour la plupart des patients, l'écart entre l'anxiété trait et état évolue peu. Pour quatre patients elle évolue de plus d'un écart-type, deux fois dans un sens positif, deux fois dans un sens négatif. La moyenne de l'évolution globale de l'écart trait-état est faible (-0,4), et c'est le cas dans toutes les dimensions.

Si on s'en tient là, il y aurait peu d'action de l'hypnose sur l'angoisse. Cependant il existe des écarts importants entre les notes T0 et T1, et il semble qu'il faut dans le cas de notre étude interpréter le résultat un peu différemment pour chercher une corrélation entre le sentiment des patients et les scores au questionnaire. L'évolution des écarts paraissant faibles malgré l'évolution des scores, il nous faut tenir compte du fait que l'écart varie dans le temps selon les références de ce test d'après les auteurs car *le questionnaire trait reste stable dans le temps,* du moins plus stable que le questionnaire état sous traitement anxiolytique.

En effet, dans les études de validation, l'anxiété trait est perçue plus faible en fin de traitement mais reste au dessus des sujets contrôles, et l'anxiété état a diminué plus nettement, devenant comparable à celle des sujets normaux. Or la situation est un peu différente dans notre étude comme l'indique le tableau suivant.

patients	Evolution T0-T1 de la note trait				Evolution TO-T1 de la note état			
	Global	Vague	Somatique	Spécifique	Global	Vague	Somatique	Spécifique
1	-14	-6	-1	-7	-10	-12	0	+2
2	-10	-11	+4	-2	-20	-9	-9	-2
3	+4	+2	+4	0	+6	0	+6	0
4	-4	-5	-1	+2	-1	-2	-1	+2
5	-14	-9	-5	0	-13	-13	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0
7	-37	-24	-12	0	-26	-16	-9	-1
8	-12	-9	-7	+4	-26	-12	-13	-1
9	-8	+1	-10	-2	-1	0	-1	0
10	-23	-14	-7	-1	-14	-7	-7	0
Moyenne	-11,8	-7,5	-3,5	-0,6	-10,5	-7,1	-3,4	0

Tableau 11 : Evolution des notes-trait et état dans le temps.

Ce n'est pas l'écart trait-état qui change, mais plutôt chacun de ces deux scores dans le temps. Les scores d'anxiété état sont moins élevés en fin de traitement ce qui est prévisible dans un effet supposé anxiolytique. Ce qui l'est moins, c'est la diminution importante (plus de deux écarts-types) chez sept patients de la note d'anxiété-trait (dont cinq anxieux à la base). Ainsi, **la relative stabilité des écarts entre trait et état** ne semble pas due à une absence d'efficacité de l'hypnose sur l'anxiété, mais plutôt au fait que **les anxiétés trait et état diminuent en moyenne ensemble** (comme

le montrent les moyennes des différences T0-T1 pour les notes trait et état), et non pas de façon très distincte comme dans les études d'évaluation[5].

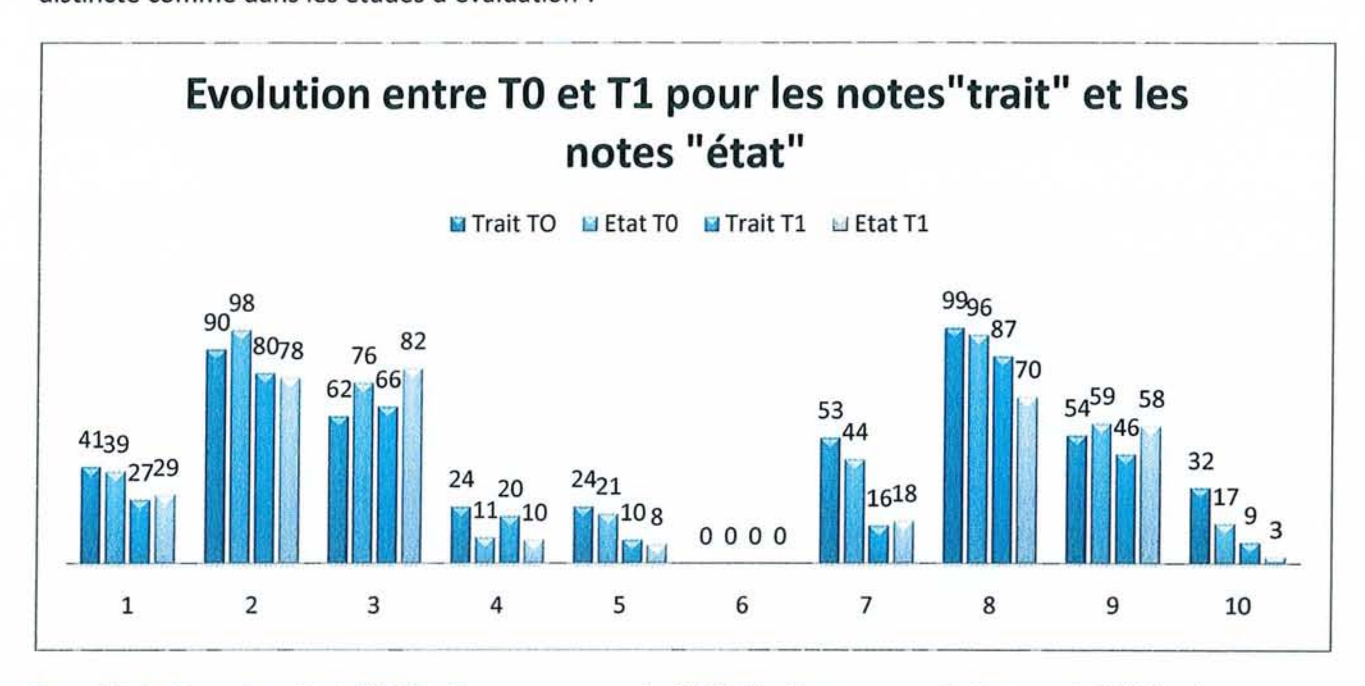


Figure 27 : Sauf pour les patients N°3 (dont les scores augmentent), N°6 (dont les scores sont à 0) et pour le N°4 (dont les diminutions sont minimes), on voit de façon claire que non seulement l'anxiété état diminue entre T0 et T1 mais également l'anxiété trait. C'est particulièrement apparent et significatif pour tous les autres patients (N° 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10)

A l'exception du patient N°3 qui connaît une légère augmentation des notes trait et état entre T0 et T1, du patient 6 qui coche 0 à toutes les questions, et du numéro 4 pour lequel les écarts T0-T1 sont minimes, tous les patients connaissent une diminution significative de leurs notes de trait anxieux. Tous connaissent également une diminution significative de la note d'état sauf pour le patient 9 chez qui elle stagne. Aborder les chiffres sous cet angle semble particulièrement important car les patients connaissent une forte diminution de leur note-trait, ce qui ne correspond pas aux résultats attendus d'un traitement visant l'anxiolyse.

Par exemple le patient N°7 a un écart entre note-trait et état qui évolue dans le sens d'une augmentation relative de la note état, qui devient à peu près équivalente à la note trait en T1 alors qu'elle était inférieure en T0. En tenant compte juste de l'évolution de l'écart, on pourrait presque conclure à un rôle anxiogène de l'hypnose qui a rapproché les notes trait et état chez une patiente non anxieuse ! Or, la réalité est toute autre. Cette façon d'aborder les chiffres ne reflète pas du tout le fait que ses notes de trait et d'état ont globalement beaucoup diminué. Elle est significativement moins anxieuse au moment du test et a une perception de son anxiété habituelle nettement moindre. C'est le même cas pour le patient 10 par exemple : l'écart se resserre, semblant faire relativement augmenter la note état par rapport au trait, mais en réalité, la note trait à T1 est inférieure au tiers de ce qu'elle était à T0, la note état est inférieure au cinquième de ce qu'elle était à T0.

[5] Les chiffres de l'étude d'évaluation de Bonis étaient les suivants : Moyenne initiale des sujets hospitalisés : Trait : 64,2 Etat : 66,1 / Moyenne après traitement des sujets hospitalisés : Trait 54,6 Etat 43,7.L'anxiété état à nettement plus diminué que l'anxiété trait, l'écart trait-état augmente.

De même le patient N° 9 voit l'écart trait état se creuser dans le sens d'une augmentation relative de la note état par rapport au trait. Mais en fait, de façon un peu contre-intuitive, après hypnothérapie, la note état n'a pas vraiment bougé, mais la note trait à diminué, un peu comme si la patiente était ou se sentait être moins anxieuse de façon générale.

Ces résultats peuvent être comparés à l'étude de validation de Bonis pour mieux se rendre compte de façon globale de cette tendance.

	Moyenne trait TO	Moyenne état TO	Moyenne trait T1	Moyenne état T1	Diminution de la note trait	Diminution de la note état
Etude de validation	64,2	66,1	54,6	43,7	-9,6	-22,4
Etude Hypnose et tabagisme	53,2	51,2	40,1	39,6	-13,1	-11,6

Tableau 12 : évolution comparative des notes trait et état dans l'étude de validation du questionnaire BATE et dans notre étude.

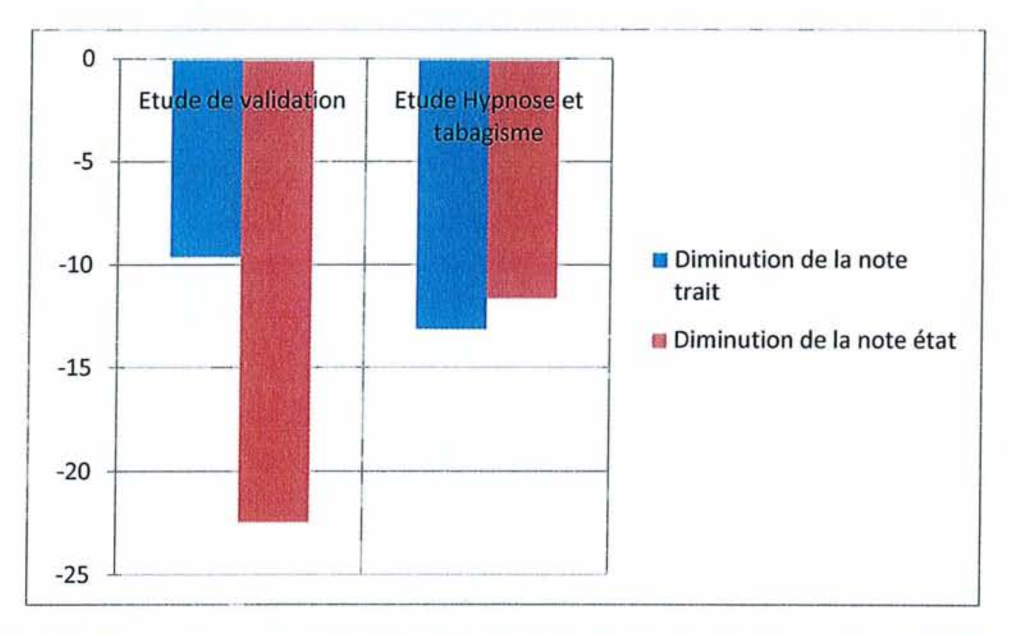


Figure 28 : évolution comparative des notes trait et état dans l'étude de validation du questionnaire BATE et dans notre étude.

On voit clairement que dans l'étude de validation le traitement agit essentiellement en diminuant l'état anxieux. Par extension, c'est la manifestation « type » de l'action d'un traitement sur le BATE. Le trait anxieux diminue lui aussi par un effet de contamination des deux questionnaires. Mais dans notre étude, les résultats diminuent harmonieusement pour le trait et l'état. La diminution pour la note trait est même plus importante que dans l'étude de validation, et plus importante que la diminution de la note état de notre étude.

La note d'état diminue de façon moins importante dans notre étude mais il est important de remarquer que les notes état de départ sont nettement plus élevées dans l'étude de De Bonis qui recrutait parmi des troubles anxieux (quinze points de moins en moyenne dans notre étude pour la note état T0). D'autre part le traitement dans l'étude de validation était beaucoup lus intense car il incluait un séjour hospitalier. On ne peut compare pas ces études elles-mêmes, mais plutôt la façon dont on constate l'action anxiolytique d'un traitement sur le BATE. On peut donc constater que

l'action du traitement hypnotique se distingue par sa répercussion différente sur ce questionnaire. Ces résultats méritent une discussion que nous aborderons plus bas.

b) Interprétation des tendances et discussion des hypothèses

L'échantillon est extrêmement restreint et aucune conclusion ferme ne peut être déduite des résultats de ce recrutement pilote. Les hypothèses qui suivent sont donc de simples tendances ou des idées qui n'engagent que leur auteur.

Seuls trois patients ont arrêté de fumer à la fin du traitement. Ceci peut s'expliquer par certaines caractéristiques globales de l'échantillon : fumeurs très anciens, tendance globale aux addictions pour plusieurs d'entre eux (cinq pour l'alcool, une pour le cannabis), majorité de femmes, mais aussi par un biais de recrutement qui n'est pas apparu immédiatement.

En effet, le protocole d'étude présenté plus loin prévoira un recrutement par un médecin tabacologue unique dans une période donnée. Pour que le recrutement puisse se faire sans biais, il faut que l'intégralité des patients entrant dans les critères pendant une période donnée se voient proposer l'étude. Même si le recrutement se fait par plusieurs médecins, il faut qu'ils suivent cette même méthodologie. Or, dans notre recrutement pilote, plusieurs médecins ont recruté, ce que l'expérimentateur, voyant juste l'agenda se remplir progressivement de rendez-vous, ne savait pas au début!

On peut supposer que l'information n'est pas aussi passée de façon identique auprès de tous les médecins puisqu'ils n'ont pas tous été rencontrés directement, et ont eu l'information de ce recrutement indirectement. Ils n'ont sans doute pas (excepté le médecin co-investigateur) proposé l'inclusion dans l'étude « systématiquement à tous les patients se présentant à cette date et entrant dans les critères d'inclusion ». Ont-ils proposé l'inclusion à certains patients plutôt qu'à d'autres ? Des patients particulièrement difficiles à leurs yeux ? Des patients qui avaient des difficultés particulières ? Ceux dont leur expérience clinique ne leur permettait pas de dire s'ils avaient de bonnes chances ? Ou des patients qu'ils supposaient plus à l'aise avec cette méthode ? Le recrutement n'est donc pas complètement représentatif de leur patientèle, au-delà même du fait qu'il faut tenir compte de la particularité de la patientèle particulière de ce centre de recrutement.

Les fumeurs arrêtant de fumer avec l'hypnose ont peu de caractéristiques intrinsèques qui semblent les distinguer, même si évidemment on ne peut conclure quoi que ce soit d'un tel échantillon. Cependant, même si dans une étude à plus grande échelle, il n'y avait pas de profil identifiable « à risque de succès » par l'hypnothérapie, il faudrait se rappeler que la motivation à s'inscrire dans une démarche psychothérapeutique est un ingrédient important du succès, et peut-être déjà le début d'un changement. Il serait donc logique que globalement les résultats soient meilleurs avec des volontaires et en conditions réelles.

Une supposition a néanmoins permis d'émettre une hypothèse de recherche dans le protocole présenté ci-après quant à un éventuel facteur distinctif, qui permettrait d'imaginer une meilleure réussite de cette méthode d'hypnose. Cette hypothèse à permis de calculer le nombre de sujets nécessaires. On constate que les personnes de l'échantillon ayant arrêté de fumer ou ayant fortement diminué leur tabagisme (en bleu sur le tableau suivant) ne sont pas parmi les plus angoissés à la base. On remarque même que les personnes angoissées au début de l'étude (en

rouge), c'est-à-dire ayant une note-état significativement supérieure à la note trait, ou une note trait significativement supérieure aux notes des groupes contrôles des études de validation, n'ont pas spécialement diminué leur tabagisme ou arrêté, à l'exception notable d'un patient.

Delta tabac	TO Trait	Différence état-trait TO
-70%	41	-2
-13%	90	8
25%	62	14
-75%	24	-13
-29%	24	-3
-17%	0	0
-100%	53	-9
-100%	99	-3
-35%	54	5
-100%	32	-15

Tableau 13 : niveau d'anxiété comparé au taux de diminution du tabagisme. Seul un « patient ayant arrêté ou diminué » (en bleu dans la première colonne) se trouve parmi les « anxieux en début d'étude » (en rouge).

Si cette hypothèse d'étude se vérifiait, cela ne signifierait pas selon nous que l'hypnose n'agirait que sur les moins anxieux, mais plutôt qu'un protocole uniquement centré sur le tabac, avec une induction « standardisée » agirait préférentiellement sur des patients disponibles pour le traitement. Les personnes prises par une angoisse ou une difficulté particulière devraient plutôt bénéficier d'une thérapie, pourquoi pas hypnotique, mais plus individualisée qui leur permettrait d'apaiser leur angoisse, de ne plus la laisser au premier plan, afin d'être prêts à focaliser leur attention sur la résolution du problème tabagique.

Si, par ailleurs, les individus s'orientant vers l'hypnose s'avèrent être globalement plus anxieux que la moyenne, ce qui est le cas dans notre échantillon d'après l'HAD (8 patients sur les 10 seraient anxieux), cela pourrait orienter vers l'idée d'une thérapeutique plus individualisée pour les patients en difficulté anxieuse, et plus facilement reproductible et standardisée chez les moins anxieux. En somme à peser les indications des techniques d'hypnose selon l'individualité du patient.

Un facteur qui semble distinctif des fumeurs ayant réussi à arrêter par l'hypnose est la motivation à l'utilisation de ce traitement. On peut avoir un aperçu de cette motivation pour l'hypnose chez nos patients ayant arrêté, car ce sont ceux qui déclarent avoir le plus utilisé l'autohypnose. C'est une caractéristique qui les distingue nettement des autres. Les patients ayant trouvé une méthode qui leur convenait, étaient plus motivés à l'utiliser et ont augmenté leurs chances de succès. Pour expliquer leur plus grande réussite, on pourrait aussi imaginer qu'il s'agit d'un effet de dose, moins facile à mettre en évidence avec une technique qui comporte une notion d'apprentissage qu'il est dur de quantifier.

L'arrêt de certains patients de notre étude pilote n'est pas prédictif de l'arrêt futur, il ne s'agit que d'arrêt en fin de traitement. Un recul de 6 mois à un an permet de faire des déductions plus solides sur les arrêts car le taux de rechute est important. A l'inverse, en utilisant une technique

sensée augmenter la motivation, on peut imaginer aussi des futurs arrêts chez ceux ayant diminué, qui se feront dans le temps avec les outils acquis dans la thérapie[6]. De plus, dans notre échantillon, l'effet de la troisième séance, plus individualisée et qui renforçait l'apprentissage de l'autohypnose n'est pas mesuré.

Les patients ayant arrêté en fin de traitement étant ceux ayant le plus utilisé l'autohypnose, cela nous laisse espérer que l'autohypnose remplit une fonction d'apprentissage et peut s'avérer fondamentale. Le taux de satisfaction par rapport à la rencontre de l'hypnose montre aussi que si cette thérapie ne résout pas toujours ce à quoi l'on s'attend, elle peut apporter au patient. En effet, 8 patients sur les 10 disent avoir éprouvé un changement dans leur vie, et pour 7 d'entre eux sur des domaines sans lien direct avec le tabac.

Quatre des cinq patients ayant utilisé une pharmacothérapie font partie des plus faibles diminutions, ce qui évidemment ne signifie rien quant à leur efficacité par ailleurs démontrée, mais peut indiquer que les patients attirés par l'hypnose, et ayant le plus de chances d'y répondre, sont peut-être effectivement ceux attirés par les thérapies non pharmaceutiques, ou encore que, quel que soit le traitement, la difficulté à se motiver reste le frein principal.

L'hypothèse concernant le lien à faire concernant l'insula dans sa fonction dans l'addiction à la cigarette et dans le dégout reste à évaluer à plus grande échelle. Elle n'a pu être ici montrée et rien n'indique que ce soit une caractéristique des fumeurs de cette population.

En revanche il existe une tendance beaucoup plus forte pour un défaut de reconnaissance de la peur et de la tristesse. Une hypothèse, non sans lien avec une modélisation hypnotique de l'addiction au tabac comme celui décrit par JM Benhaiem(30), pourrait être la suivante. Les suggestions faites en hypnose aux patients, expriment souvent que le corps, naturellement, rejette la cigarette, il en a peur, la ressent comme un danger, s'en méfie, sent que c'est un poison. Mais au fur et à mesure, cette connaissance naturelle est remplacée par une fascination pour le tabac. Le fumeur connaît un conditionnement, une sorte d'autohypnose négative. Tout comme en séance on se focalise sur une sensation qui peut se substituer ou en illusionner d'autres, le fumeur se focalise sur le plaisir de la cigarette, il efface de ses perceptions le dégout, l'étouffement, la brûlure, il ne perçoit plus le danger. Les fumeurs choisissant l'hypnose, ont-ils une perception inconsciente de ce déficit de reconnaissance ?

Plusieurs chercheurs dont Zeki ont étudié le sentiment amoureux et ses corrélats neurologiques. (17) Un aspect intéressant concerne le fonctionnement de l'amygdale. L'amygdale, zone du cerveau en lien avec l'alerte est normalement toujours en éveil. Elle déclenche des réactions de peur ou de retrait très rapide en cas de danger. Les chercheurs ont montré qu'en IRM fonctionnelle, quand on présente des images neutres à des sujets amoureux, leur cerveau fonctionne normalement. Quand on leur montre des images de la personne qu'ils aiment, l'amygdale « s'éteint », elle est nettement moins perfusée, comme si le système d'alerte était en veille, qu'on ne voit plus le danger. *« L'amour rend aveugle »*. En outre, d'après Zeki, l'amour stimulerait des parties de notre cerveau en lien avec les facultés de critique. Ceci est en lien avec des zones riches en

---

[6] Sur les 7 patients n'ayant pas arrêté, quatre déclaraient pouvoir arrêter bientôt avec l'aide déjà reçue. Tous déclaraient cependant qu'ils tireraient bénéfice d'une aide supplémentaire : trois sur les sept qu'ils tireraient bénéfices d'une aide supplémentaire en hypnose, deux en tabacologie, deux dans les deux domaines.

récepteurs de l'ocytocine et de la vasopressine, qui inhibent les émotions négatives, les jugements sociaux, et l'évaluation des intentions des autres.

Le fumeur est fasciné par la cigarette au point d'effacer des perceptions corporelles naturelles de danger. Il est « amoureux aveuglément » de sa cigarette, elle lui fait du mal mais il reste fasciné par cette « relation ». L'hypnose pourrait agir en empruntant les mêmes moyens (fascination, focalisation sensorielle), afin de dépasser cette « immobilité » et d'introduire un mouvement qui aiderait le fumeur à retrouver son corps et se débarrasser de sa dépendance.

Enfin les résultats du questionnaire de BATE permettent de supposer que l'hypnose agit d'une façon particulière par rapport à d'autres traitements. Elle ne ferait pas, ici, diminuer de façon forte uniquement l'état anxieux, laissant le trait anxieux perçu comme plus important. Elle fait diminuer de façon globale et harmonieuse l'état *avec* le trait anxieux. Soit l'hypnose pourrait donc changer le trait de personnalité anxieux en profondeur, hypothèse malgré tout peu probable car un trait de personnalité est caractérisé entre autres par sa stabilité. Soit, hypothèse intéressante, l'hypnose permettrait de modifier le vécu autour de l'angoisse. Tout se passerait comme si le patient arrivait à un peu plus « minimiser », « relativiser » son angoisse ou à la considérer de façon plus apaisée, moins inquiétante.

Cela rejoint l'idée éricksonienne selon laquelle un symptôme est un stimulus toujours inclus dans un vécu, et que l'hypnose aiderait à apaiser ce vécu, rendant la perception (douloureuse, anxieuse) plus supportable, regardée de façon plus sereine, plus « objective », incluse dans la multitude des perceptions toujours changeantes qui nous relient à l'existence.

Dans une évaluation de l'action de l'hypnose, il faudrait tenir compte de son action particulière.

En somme plusieurs tendances et hypothèses peuvent être retenues au sortir de cette étude pilote concernant un groupe de fumeurs acceptant de bénéficier de l'hypnose comme aide au sevrage tabagique:

. Les patients de la population d'étude semblent avoir des difficultés particulières dans la reconnaissance des émotions, notamment de peur et de tristesse. Cela suggère l'intérêt de s'appuyer sur les émotions dans le traitement psychologique et hypnothérapique du tabagisme.

. Ces patients semblent présenter fréquemment une anxiété importante à l'HAD. Cela va dans le sens d'une sélection de patients qui se fait selon la demande, les patients souhaitant bénéficier de l'hypnose étant peut-être plus attirés par les traitements non-pharmacologiques. Cette donnée est peut-être à mettre en lien avec la faible utilisation de traitements pharmacologiques parmi les patients de l'étude. Elle est aussi en rapport avec le lien anxiété et tabagisme.

. Les patients présentant pour le questionnaire BATE un état anxieux plus important au début d'étude, ne semblent pas les plus représentés parmi les plus répondeurs au traitement. Cela laisse supposer qu'une thérapie plus personnalisée peut être entreprise avant d'entamer une thérapie plus standardisée concernant le tabac.

. Bien qu'ayant tous consulté un tabacologue, les patients de l'étude usent peu des prescriptions pharmacologiques, ce qui conforterait l'idée qu'une sélection s'opère en fonction de la demande et de la motivation du patient pour un type ou l'autre de traitement.

. Les patients ayant le plus utilisé l'autohypnose sont ceux qui ont le plus arrêté de fumer. Cela nous renseigne sur l'importance probable de la pratique de l'autohypnose pour la réussite du traitement. Ce lien autohypnose-arrêt du tabac pourrait être le résultat d'un effet de dose ou bien révélateur d'une plus grande motivation à souscrire au traitement.

. L'hypnose a une activité tout à fait particulière sur l'angoisse par rapport aux autres traitements anxiolytiques, puisqu'elle diminue non seulement l'état anxieux, mais aussi la perception subjective du trait anxieux. Bien que n'étant pas directement en lien avec le tabagisme, cette tendance pourrait éclairer sur une des modalités d'action de l'hypnose.

Les tendances et hypothèses pourraient être évaluées dans une étude à plus grande échelle dont nous présentons le protocole.

V. Un protocole d'étude possible

Les 12 pages suivantes proposent un protocole d'étude observationnelle visant à décrire une population bénéficiant d'une méthode d'hypnose médicale pour le sevrage tabagique, et à chercher des facteurs prédictifs de la réussite de ce traitement dans cette indication.

Description d'une population de patients ayant bénéficié d'une méthode d'hypnose médicale en tant que traitement adjuvant d'aide au sevrage tabagique.

Facteurs prédictifs d'efficacité d'une méthode d'hypnose médicale dans l'arrêt du tabagisme.

Etude descriptive cas-témoins à recrutement prospectif pour une cohorte de patients consultant en tabacologie, et ayant bénéficié de trois séances d'hypnose médicale en tant que traitement adjuvant d'aide au sevrage tabagique.

Investigateurs : / Co-Investigateurs :

a) Synopsis

Un groupe de patients âgés de 18 à 60 ans, consultants en tabacologie pour un sevrage tabagique, sans autre addiction active ni maladie psychiatrique déséquilibrée, recevront le traitement habituellement pratiqué en consultation de tabacologie dans ce centre (substituts nicotiniques et consultations), auquel s'ajouteront 3 séances d'hypnose.

Le contenu des séances d'hypnose s'appuiera sur des exercices d'hypnose régulièrement utilisés dans le domaine, avec apprentissage de l'autohypnose. Ces exercices seront concordants également avec un modèle neurologique de l'addiction.

Pour tenter d'éclairer les facteurs prédictifs d'une réussite du traitement par l'hypnose de l'addiction au tabac, des données générales seront recueillies sur l'âge, le sexe, le mode de vie, les antécédents. Les patients passeront également un auto-questionnaire d'anxiété trait et état en début et fin d'étude, et un test permettant d'évaluer leur propension à la reconnaissance des émotions en début d'étude.

Les données générales, la propension à percevoir certaines émotions, le niveau d'anxiété, le recours à l'autohypnose, ainsi que d'autres facteurs seront mesurés par des outils standardisés afin d'évaluer leur lien avec la réussite du sevrage tabagique par l'hypnose médicale.

b) Justification

- Le poids du tabac.

Le tabagisme est un fléau qui tue chaque année environ 60 000 personnes en France(130) et plus de 5 millions dans le monde (34). C'est la première cause de mortalité évitable(211). Un tiers des hommes fument et un quart des femmes. 60% des fumeurs disent vouloir arrêter de fumer bien que seulement 20% d'entre eux aient un projet d'arrêt précis(220).

- La lutte contre le tabagisme

Certaines méthodes visent une intervention à grande échelle. Par exemple l'augmentation des prix du tabac par le législateur à un effet net sur la consommation (130; 210), mais en soi ne représente pas une motivation d'arrêt durable(220). Les lois Veil, Evin ou celle sur la consommation de tabac dans les lieux publics, ont des effets réels mais limités. Un autre moyen global d'améliorer le taux d'arrêt du tabagisme est de proposer des traitements et des consultations, voire de rembourser les traitements quand ils sont à la charge du patient. Sur ce plan, on constate en France une baisse généralisée des traitements pour l'arrêt du tabac, malgré une augmentation du nombre de remboursements partiels.(210) Le système de prise en charge partielle des substituts nicotiniques par l'assurance maladie n'a pas eu le succès escompté. Les campagnes médiatiques ont un intérêt limité(13), même si elles contribuent à la prise de conscience. Certains auteurs soulignent cependant que le durcissement du message à l'encontre du fumeur pourrait avoir des effets stigmatisants voire contre-productifs(221; 19) et suggèrent de cibler les messages de prévention.

Au point de vue individuel, la méthode de sevrage privilégiée par les Français est l'arrêt net et sans assistance.(220) Il existe différentes méthodes d'aide au sevrage. Certaines sont pharmacologiques et d'autres non pharmacologiques afin de traiter les aspects physiques et psychiques de la dépendance. La méthode pharmacologique la plus recommandée est l'usage de substituts nicotiniques, que ce soit sous forme à libération prolongée comme les patches ou immédiate comme les gommes ou inhaleurs. Ils ont une efficacité démontrée versus placébo(272) mais cette efficacité est limitée puisqu'elle est d'environ 20% dans les études au bout de six mois à un an. Le taux de rechute est de 30% par la suite (93) et le taux d'arrêt est extrêmement modeste au bout de plusieurs années (93; 299). Les autres méthodes pharmacologiques utilisées et ayant démontré une efficacité versus placébo sont le Bupropion (Zyban©), un antidépresseur(137) et la Varénicline (Champix ©), un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques(47). Les taux d'arrêt à 6 mois sont sensiblement similaires à ceux retrouvés avec les substituts nicotiniques. Les méthodes non pharmacologiques ayant montré une efficacité sont le conseil individuel(166), la thérapie de groupe(269), le suivi téléphonique(273), une intervention structurée des infirmières(240), les outils d'aide pour arrêter par soi même quand ils sont ajustés ou personnalisés(167). Plusieurs revues de littérature arrivent aux mêmes conclusions (174; 226; 168), montrant que ces méthodes sont efficaces individuellement et que le soutien psychologique et la motivation sont importants. Par ailleurs, même si une intervention augmente le succès dans l'arrêt du tabagisme, il est délicat de montrer une preuve de la supériorité d'une intervention par rapport à une autre(68). Enfin certains auteurs prônent une politique de réduction des risques, c'est-à-dire, devant les difficultés au sevrage, abandonner l'idée d'un sevrage total et pour tous les fumeurs, mais plutôt tenter de réduire les risques liés à la consommation de tabac. Réduire le nombre de cigarettes est inefficace sur la mortalité(130; 271), mais d'autres auteurs (188-190) suggèrent l'utilisation des formes orales de tabac, comme le snus suédois, qui apportent suffisamment de nicotine au fumeur addict, et évitent les principaux risques notamment sur le cancer ORL et du poumon(180; 176).

Le médicament n'est donc qu'une petite partie des aides à l'affranchissement de la dépendance tabagique. (153) (155). L'efficacité (modeste) des médicaments à base de nicotine n'est démontrée que pour des niveaux de dépendance moyenne ou forte, et conditionnée aux facteurs essentiels que sont la motivation du patient et un soutien psychologique(154). En somme quand un médicament paraît souhaitable pour le sevrage tabagique, la nicotine est le médicament ayant la meilleure

balance bénéfices-risques(158) mais gérer la part psychologique, la motivation, le soutien, sont des priorités(156; 159).

Il semble raisonnable de penser que les aspects physiques et psychiques peuvent être traités de façon complémentaire et pas de façon opposée. Par conséquent l'hypnose en tant que thérapie adjuvante au traitement chimique pourrait être intéressante.

- L'hypnose

L'hypnose n'a jamais laissé indifférent, qu'elle prenne la forme du magnétisme pour Mesmer au 18ème siècle(196), d'une médecine basée sur l'imagination(86)˙(245), d'un état de sommeil provoqué pour les chirurgies au 19ème siècle(57), d'un état de conscience pathologique typique des hystériques pour Charcot(293)' ou d'un état propice à la thérapie par la suggestion pour Bernheim à Nancy(22). L'hypnose connaîtra un déclin face à l'avènement de la psychanalyse Freudienne(193)'(108), et un nouvel essor à partir des années 60 notamment grâce à Milton H. Erickson qui en fera un moyen psychothérapeutique innovant(194).L'influence d'Erickson sur Bateson et sur l'école de Palo Alto est à l'origine de la naissance des thérapies brèves, notamment systémiques.(91) (193)

La pratique de l'hypnothérapie (essentiellement Ericksonienne) et des thérapies brèves est actuellement en plein essor. C'est une méthode de plus en plus utilisée en France, en Europe et dans le monde. Par ailleurs, l'efficacité de l'hypnose dans de nombreux domaines est bien reconnue, et cliniquement évaluée et démontrée. De nombreuses études ont montré l'intérêt de l'hypnose notamment dans les douleurs aigues et chroniques(54)˙(83)˙(146), dans les maladies à dimension psychosomatique comme certains problèmes dermatologiques, l'asthme ou le colon irritable(256; 291; 204; 259), et son intérêt dans le domaine de l'anesthésiologie(186)˙(197)˙(98) ainsi que dans certains troubles anxieux(297; 208; 177).

En psychiatrie, bien que les indications soient larges selon les praticiens, les études cliniques sont plus rares dans ce domaine, souvent du fait de difficultés méthodologiques, retrouvées lors de l'évaluation des psychothérapies en général (279) et de la méthode hypnotique en particulier. Mais des études de recherche fondamentale en PET Scan ont montré que l'hypnose avait une correspondance fonctionnelle entre l'activité du cerveau et l'expérience subjective, puisqu'il existe un patron d'activation cérébrale dans l'état hypnotique, mettant en jeu les structures cérébrales liées à l'attention et à la conscience(236)˙(235)˙(99). Et qu'il existe une action particulière sur des structures cérébrales différenciées, en fonction des différentes suggestions hypnotiques(230)˙(97). Elles suggèrent l'intérêt de l'hypnose pour la réinterprétation des contenus de conscience et les alternatives expérientielles, dans un état de conscience modifié où la résistance aux suggestions est diminuée.

Il est aujourd'hui couramment admis que l'hypnose correspond à un état de conscience, parfois appelé « quatrième état de conscience » (60) ou « veille paradoxale »(245) (par distinction avec les trois autres états de conscience que sont la veille, le sommeil profond et le rêve ou sommeil paradoxal), qu'elle n'a rien de pathologique, qu'elle rend plus accessible à certaines perceptions et à des suggestions, et qu'elle peut s'avérer thérapeutique dans plusieurs situations.

L'hypnothérapie permet de faire accéder un sujet à un *état modifié de conscience* (l'état hypnotique ou transe hypnotique), par une technique dite *induction*. Pendant cet état, le sujet vit une modification de son expérience perceptive, menant à une suggestibilité propice à la réinterprétation des contenus de conscience. Plusieurs techniques permettent de mobiliser des *ressources*, notamment par le biais de *suggestions*(248). Le sujet vit cette expérience avec un grand réalisme et est attentif de façon importante aux sensations corporelles qui sont du coup moins perturbées par les cognitions. Il est absorbé par son expérience mais dans un état de fluidité mentale qui le laisse disponible pour des changements de contenus de conscience issus des suggestions. Le sujet peut changer les associations pensées-sensations-émotions et vivre des alternatives expérientielles. Pendant l'hypnose, les perceptions sont vécues avec beaucoup de réalisme par le sujet, et les changements perceptifs, bien que produits par le sujet, sont perçus comme provenant de l'extérieur ou involontaires (phénomène de *dissociation* au cours duquel il expérimente un sentiment d'automaticité propice au *lâcher-prise* sur son anxiété anticipatoire). Cette réalité alternative rendue possible dans l'hypnose, aide le sujet à changer durablement ses perceptions, sensations, cognitions, associations, et finalement son comportement, en intégrant certains aspects vécus dans cette expérience à sa vie quotidienne.

La technique hypnotique est composée d'outils de communication qui permettent l'induction d'un état hypnotique et les suggestions thérapeutiques. Les outils utilisés peuvent être par exemple la confusion qui permet au sujet d'abandonner un peu ses stratégies de contrôle cognitif anticipatoire, la dissociation qui lui permet de faire des expériences inhabituelles et paradoxales au sein desquelles il pourra plus facilement lâcher prise, le double lien qui permet au thérapeute de donner une illusion de choix au patient pour lui faciliter l'action vers le changement, la suggestion indirecte qui permet par son caractère ouvert et permissif de contourner les résistances, la métaphore qui permet de suggérer un changement inconscient au travers d'une image isomorphique au problème du patient, ou encore le recadrage qui permet d'aider le patient à changer son point de vue sur le problème qui lui paraît insoluble.

Enfin, l'hypnose est avant tout un savoir faire relationnel spécifique de la conduite de l'attention. Dans l'hypnose le thérapeute cherche à créer un cadre propice au lâcher prise et au changement.

- L'efficacité controversée de l'hypnose

Dans le domaine du tabagisme, l'hypnose pourrait rompre l'habitus et l'association hypnose-plaisir en modifiant le système de perceptions habituelles. La focalisation sur les sensations corporelles pourrait à la fois rendre attentif aux signaux naturels de rejet du tabac dont le corps fait preuve(30), mais aussi aider le patient à apaiser les signaux somatiques de manque, fondamentaux dans le phénomène de rechute(206). Elle pourrait calmer l'angoisse (92) et aider à gérer le stress, souvent associé au tabagisme et à la dépendance(220). Par l'apprentissage de l'autohypnose, une efficacité plus grande sera recherchée, le patient poursuivant le traitement par lui-même. Les recadrages proposés par la technique hypnotique permettent de modifier le système de croyances. Dans l'ensemble de nombreux outils hypnotiques pourraient être de ceux qui améliorent la motivation(200).

Enfin, dans un modèle neurologique de l'addiction, l'addiction au tabac est liée à l'insula au travers de la perception de besoins corporels et la rechute est due à l'angoisse liée à la perception du

corps en manque, les signaux somatiques du sevrage (206; 205). Par ailleurs, l'insula est aussi une zone associée à la perception et à la reconnaissance du dégout (292; 3). Nous pouvons donc supposer que certaines pratiques de l'hypnose pourraient « viser juste ». En effet, les suggestions empiriquement utilisées (et que nous reprenons dans ce protocole) sont des suggestions de dégoût face au tabac, mais aussi et surtout des suggestions concernant les sensations corporelles ressenties avec le tabac ou le manque. L'hypnothérapeute essaie aussi de faire vivre au patient une « projection dans l'avenir » dans laquelle le corps est apaisé malgré l'absence du tabac, dans lequel les sensations corporelles ne sont pas celles du manque, et peuvent être vécues comme confortables. Expérimentant cela, le fumeur introjecte la possibilité d'un monde sans tabac qui ne soit pas que souffrance et peut augmenter sa confiance et sa motivation dans ses capacités d'arrêt.

L'utilisation de l'hypnose dans le domaine du tabagisme est controversée. Il existe un contraste entre le vécu de certains praticiens de l'hypnose qui en font une méthode de choix pour le sevrage tabagique, le nombre de plus en plus grand de praticiens et de patients qui y ont recours, et le peu d'études permettant de le confirmer ou non scientifiquement : les résultats sont contradictoires, et finalement assez peu nombreux. La méthodologie n'est pas toujours la même et les études sont donc difficilement comparables(1). Si la preuve de son efficacité en tant que traitement spécifique du tabagisme est controversée dans les essais, elle semble avoir fait preuve de son efficacité en situation observationnelle. Elle montre de bons résultats, particulièrement quand elle est évaluée dans des conditions « réelles » plutôt qu'en conditions expérimentales. Des études non contrôlées, non randomisées ou ne remplissant pas tous les critères d'un essai standard (128; 127; 84; 14)montrent une efficacité acceptable de l'hypnothérapie pour l'arrêt du tabac(4)'(128). De façon logique elle est plus efficace quand elle est choisie volontairement, quand le patient a choisi de se faire soigner par l'hypnose plutôt qu'avoir été alloué de façon aléatoire. Ces résultats tendraient à montrer qu'en conditions proches de la pratique courante, quand le patient a le choix de son thérapeute, et une bonne motivation, l'hypnose est un outil efficace pour l'arrêt du tabagisme. (127) Elle correspond à une pratique répandue et qui semble appréciée par les praticiens et les patients(85). Elle correspond aussi à une demande chez des patients moins attirés par les méthodes pharmacologiques(30). C'est une méthode d'intervention relativement simple, bien tolérée, non invasive, peu coûteuse, facilement applicable en pratique.

Ce contraste entre les essais et les études en conditions observationnelles peut s'expliquer soit par une inefficacité de l'hypnose (cependant, le faible nombre dans les essais et leurs lacunes méthodologiques ne permettent pas de conclure), soit par une sélection de la population d'étude, et notamment une population non « à risque de succès ». Dans tous les cas, la motivation est le facteur le plus important du changement, il est donc logique qu'en situation réelle, les résultats soient meilleurs avec des volontaires, qu'ils aient ou non par ailleurs un profil identifiable.

Dans la pratique, l'hypnose n'est pas « prescrite ». Elle est la plupart du temps seulement proposée, et souvent choisie voire recherchée. Les patients choisissent leur thérapeute, ils choisissent de s'orienter vers une méthode pharmacologique ou non. Les patients qui consultent sont déjà dans la minorité qui n'arrive pas ou ne souhaite pas arrêter par eux-mêmes. Les patients arrêtant par et pour eux-mêmes ne sont pas vus dans les consultations. On peut supposer que l'arrêt est plus durable quand le patient reprend la décision à son compte. Cottencin (64) cite une étude américaine sur le ressenti des patients dépendants vis-à-vis de leur thérapeute : ceux qui se souviennent de leur thérapeute sont toujours dépendants, les abstinents ne s'en souviennent pas ou

ne veulent plus le voir. La décision leur appartient. En thérapies brèves, le thérapeute doit être rendu inutile aussi vite que possible. L'addictologie n'est pas que le traitement du sevrage.

Par ailleurs au niveau des consultations, les profils sont peut-être différents parmi ceux qui choisissent la consultation d'un pneumologue ou d'un hypnothérapeute. Il est légitime de penser qu'une sélection s'opère d'elle-même avant la consultation(30) au niveau des demandes. Ce sont des patients sensibles à l'aspect psychologique, ou intéressés par des méthodes non pharmacologique qui se présentent auprès des thérapeutes. Leur motivation est plus interne, c'est-à-dire qu'ils cherchent à résoudre le conflit qui en eux, empêche de se libérer du tabac.

♦ L'intérêt d'une telle étude descriptive

Comme dans toutes les techniques où la relation humaine est centrale et où l'effet placébo est important, les conditions expérimentales comme la randomisation peuvent perturber les résultats : dans les conditions naturelles, les patients choisissent en effet leur thérapeute et leur thérapie en fonction de critères non techniques, ce qui ne permet pas de considérer similaires les conditions d'administrations du traitement (comme pour un médicament par exemple). Le non-suivi d'un « traitement » en thérapie n'est pas forcément en rapport avec l'inefficacité de celui-ci mais aussi de la convenance du patient au thérapeute et à la technique thérapeutique. C'est peut-être encore plus le cas dans le domaine de l'hypnose par sa présentation inhabituelle. La randomisation qui place un patient dans le groupe hypnose peut modifier les résultats si le patient la refuse ou y résiste, mais aussi inversement, le patient qui espérait bénéficier du traitement par hypnose et se retrouvant dans un groupe sans hypnothérapie perdra de sa motivation. D'autres principes expérimentaux comme le double aveugle ne sont pas applicables, il n'existe pas non plus de placébo d'hypnose. Il faut donc parfois des méthodologies particulières en conditions plus proches de la réalité pour évaluer les approches psychothérapeutiques(279) car il faut tenir compte d'un grand nombre de critères. L'approche consiste donc à concevoir des études permettant d'apprécier le rôle des différents facteurs susceptibles d'intervenir dans une psychothérapie et leurs effets respectifs dans les résultats. Chercher la thérapie la plus efficace dans des conditions particulières implique de tenir compte de la réalité clinique et des exigences méthodologiques.

L'hypnose pourrait être de nouveau testée dans des conditions contrôlées, s'appuyant sur un modèle scientifique pertinent. Une telle étude pourrait contribuer au débat sur la place de l'hypnose en tabacologie.(1) L'hypnose semble efficace en conditions réelles (128) mais on ne sait pas quels sont les facteurs associés à la réussite du traitement. De ce fait, il est impossible de déterminer des facteurs prédictifs de réussite. Personne ne peut vraiment dire quels sont les critères qui font qu'un patient réussira mieux son sevrage avec ce complément de traitement plutôt qu'un autre. Une telle étude contribuerait surement à une théorie des pratiques(125) dans le domaine psychique. Les résultats de cette étude pourraient fournir des explications aux résultats controversés de l'efficacité de l'hypnose dans les essais, en évaluant si la population à risque de réussite est couverte ou pas par le processus de sélection. Pour cela il faut décrire une population recevant un traitement par hypnose et chercher des pistes pour évaluer son apport en complément des méthodes traditionnelles sur le taux d'arrêt du tabagisme, selon la population à cibler.

L'association de méthodes gérant la dépendance physique, mais aussi psychique et le phénomène de la motivation, sans faire de miracles pourrait peut-être aider un peu plus de fumeurs

à abandonner la cigarette. Nous faisons l'hypothèse que l'ajout de l'hypnose au suivi classique pourrait y contribuer, à condition de cerner les bonnes techniques et indications.

c) Objectifs

♦ Objectif principal :

. Décrire la population ayant accepté de bénéficier de l'hypnose en complément de traitement d'un sevrage tabagique, se présentant spontanément à une consultation de sevrage tabagique.

♦ Objectifs secondaires :

. Déterminer les facteurs prédictifs d'un arrêt de tabac à la fin du traitement chez des personnes volontaires pour être traitées par l'hypnose en tant qu'aide au sevrage tabagique, en supplément du traitement standard.
.Vérifier si l'arrêt du tabac est ou non corrélé à une difficulté particulière dans la perception d'émotions, notamment le dégout.
.Evaluer la diminution éventuelle du niveau d'anxiété, globale ou dans une de ses modalités particulières, avec l'hypnose et l'apprentissage de l'autohypnose, et influence de ce facteur sur l'efficacité du traitement, c'est-à-dire sur l'arrêt du tabac à la fin du traitement.
.Evaluer l'influence du recours à l'autohypnose sur l'efficacité du traitement du sevrage par l'hypnose.
.Evaluer l'influence de l'hypnose et de l'autohypnose sur le court et moyen terme.

d) Type d'étude

Il s'agit d'une étude longitudinale à recueil prospectif, de type cohorte, avec 3 temps de mesures, le temps initial (T0) à l'inclusion, la date de point (T1) à la fin du traitement, et la date de fin d'étude (T2), six mois après le début du traitement.

e) Population d'étude

Critères d'éligibilité. Patients de 18 à 60 ans consultant pour un sevrage tabagique.

Critères de non-inclusion : antécédent de trouble psychotique, éthylisme actif, autre addiction active (opiacés, cannabis, cocaïne), trouble psychiatrique en décompensation, patients non-consentants, patients ne pouvant recevoir le traitement standard.

Recrutement des patients : tous les patients consentant à bénéficier de séances d'hypnose, vus en consultations anti-tabac par un médecin investigateur tabacologue et entrant dans les critères d'éligibilité seront inclus, après information écrite sur le déroulement, les objectifs, les données recueillies, la durée de l'étude, et la possibilité en cas d'acceptation à participer, de se retirer à tout moment comme stipulé dans le formulaire d'information et de consentement. (Annexe 1)
Le recrutement commencera le XX/XX/XXXX. Un recrutement pilote permet de penser que dans le même centre et dans les mêmes conditions, le recrutement est environ de 10 à 15 patients par mois.
Une hypothèse serait que les patients du groupe « réussite sous hypnose » seraient moins anxieux (c'est-à-dire auraient une note-état-anxieux non supérieur à la note trait au moment de l'inclusion), l'hypnose, telle qu'utilisée ici, ciblant le tabagisme, et non pas sur une anxiété préalable qui empêche le sujet d'être disponible pour le traitement, et qui nécessiterait un traitement individualisé.
En supposant un risque Alpha de 5%, un taux de réussite global de 25%, un taux d'anxieux chez les sujets réussissant l'arrêt de 25%, un taux d'anxieux chez les sujets échouant de 50%, le nombre de sujets nécessaire devient alors 52 pour une puissance à 90%. Il faut rajouter un certain nombre de perdus de vue à 6 mois, on arrive donc à 60.
Le calcul du nombre de sujets nécessaires indique 60 patients. Le recrutement devrait donc durer 6 mois.

f) Données recueillies

L'interne recueillera les données sur les cahiers de recueils (Annexes 2, 3 et 4). Les données seront recueillies au début de l'étude, à la fin du traitement et six mois après. L'hypnose comporte une notion d'apprentissage et certains travaux suggèrent un bénéfice de l'hypnose pour les taux d'arrêts à plus long terme plutôt qu'en fin de traitement(50). Il y a donc un intérêt à évaluer les patients en fin de traitement mais aussi après une durée raisonnable de six mois en deçà de laquelle le risque de rechute est plus fort et le sevrage n'est pas aussi solidement acquis. Ils seront donc convoqués à nouveau, six mois après le début du traitement.

A T0 : au données recueillies au moment de la pré-inclusion et de l'inclusion :

Une partie des données sera reprise du dossier à partir du questionnaire standardisé du service et de l'auto questionnaire que remplissent tous les patients primo consultants au moment de la visite de pré inclusion dans l'étude, effectuée par le tabacologue:

-La motivation et les chances évaluées de réussite mesurées par des échelles visuelles, afin d'évaluer si elles peuvent influencer la réussite de l'arrêt de tabac par hypnose.

-l'état anxiodépressif mesuré par l'HAD afin d'évaluer si la population à une morbidité particulière concernant l'anxiété et la dépression.

- le tabagisme et le degré de dépendance seront mesurés grâce au questionnaire de Fagerström.

-Les antécédents psychiatriques et somatiques ainsi que la signature du consentement éclairé seront également recueillis afin de déterminer si les sujets ne présentent pas de critères de non inclusion.

Au moment de la première visite, l'hypnothérapeute recueillera les données suivantes

-Taux de CO dans l'air expiré (appareil ELSTAR EC50 Micro 3) pour mesurer objectivement le tabagisme.

-la reconnaissance des émotions avec le test d'Ekman (82): il s'agit d'un test où l'on montre des images au patient représentant des visages exprimant des émotions parmi les six émotions de bases ou bien neutres. La tâche est de reconnaître l'émotion exprimée par le visage. (Consignes en annexe 5) Le test d'Ekman est un test de référence dans la reconnaissance des émotions, validé, la consigne donnée aux patients est standardisée. Ce test permettra de vérifier l'hypothèse selon laquelle la reconnaissance de certaines émotions serait altérée dans cette population et serait une des cibles d'action entrant en compte dans le choix du traitement.

- l'anxiété trait et état grâce au questionnaire BATE, qui évalue l'anxiété état et l'anxiété trait, selon les différentes modalités d'angoisse, et notamment les éléments somatiques. Il s'agit d'un auto-questionnaire validé et en français(121). (Annexe 2, 3 et 4). Cette évaluation permettra de mesurer l'état d'anxiété de base avec les différentes modalités et leur évolution dans le temps.

A T1 : à la fin de la 3° séance d'hypnose

Seront évalués :

-Le taux de CO dans l'air expiré dans les mêmes conditions qu'en début d'étude, pour mesurer objectivement le tabagisme. Le tabagisme et le degré de dépendance grâce au questionnaire de Fagerström. L'anxiété trait et état grâce au questionnaire BATE pour mesurer l'état d'anxiété de base avec les différentes modalités et leur évolution dans le temps. L'évolution de ces scores, et l'évolution de l'écart entre anxiété trait et état seront calculées. L'évolution de ces facteurs après traitement fait partie des critères de jugement.

-Le recours à l'autohypnose (fréquence et circonstances d'utilisation) et les changements induits dans le vécu du sujet après la découverte de l'hypnose seront évalués de façon déclarative par un auto-questionnaire spécialement élaboré pour l'occasion (Annexe 2, 3 et 4). Le recours à l'autohypnose est envisagé comme un facteur prédictif de la réussite du traitement dans cette population, par un effet de dose, par un effet de renforcement d'un apprentissage cognitif et perceptif ainsi que comme marqueur d'un certain degré de motivation à suivre pleinement le traitement.

A T2 : Six mois après le début du traitement

Seront évalués :

-Le taux de CO dans l'air expiré dans les mêmes conditions qu'en début d'étude, pour mesurer objectivement le tabagisme. Le tabagisme et le degré de dépendance grâce au questionnaire de Fagerström. L'anxiété trait et état grâce au questionnaire BATE pour mesurer l'état d'anxiété de base avec les différentes modalités et leur évolution dans le temps. L'évolution de ces scores, et l'évolution de l'écart entre anxiété trait et état seront calculées. L'évolution de ces facteurs après traitement est envisagée comme critère de jugement.

-Le recours à l'autohypnose (fréquence et circonstances d'utilisation), et le lien entre hypnose et relation au tabac seront évalués de façon déclarative par un auto-questionnaire spécialement élaboré pour l'occasion (Annexe 2, 3 et 4). Le recours à l'autohypnose est envisagé comme un facteur prédictif de la réussite du traitement dans cette population, par un effet de dose, par un effet de renforcement d'un apprentissage cognitif et perceptif ainsi que comme marqueur d'un certain degré de motivation à suivre pleinement le traitement.

g) Modalités de suivi

Si les patients ne se présentent pas à un rendez-vous, ils seront rappelés par le secrétariat une fois, dans les huit jours, afin de se voir proposer une autre date de rendez-vous.

h) Traitements des sujets

Les approches doivent être complémentaires, il ne s'agit pas d'opposer dépendance physique et psychique, mais de les traiter, il ne s'agit donc pas d'opposer traitement pharmacologique et hypnose. Ainsi, tous les patients de l'étude devront rencontrer un tabacologue qui évaluera le besoin éventuel en substituts nicotiniques. Les traitements anti-tabac seront prescrits dans leurs formes habituelles par le médecin tabacologue: patches nicotiniques, gommes à mâcher, inhaleurs, Bupropion ou Varenicline en comprimés à la posologie adaptée à la clinique du patient.

Les séances d'hypnose seront assurées par une personne formée à l'hypnose médicale, titulaire du D.U. d'hypnose médicale. Les séances seront standardisées pour permettre une comparabilité des

patients. Le temps prévu pour la séance et le recueil des données est d'environ une heure à chaque fois.

L'hypnose est avant tout une technique de communication centrée sur le patient et ses ressources et pourrait augmenter la motivation (128; 200). Elle est aussi une technique psycho-corporelle et pourrait permettre aux patients de retrouver un rapport à leur corps. En effet, il semble que le fumeur fasse l'apprentissage d'une anesthésie de certains canaux sensoriels lui permettant de fumer sans plus trop souffrir des difficultés et sensations négatives que le tabac lui donnait (étouffement, brulures), et qu'il regarde avec détachement, au profit d'autres sensations et perceptions faussées (le tabac soutient, détend, aide à vivre).(31) L'hypnose aide au recadrage et à la réassociation. Beaucoup de suggestions et de techniques existent, si bien qu'il est difficile de sélectionner celles qui serviront à l'induction standardisée. Certains admettent même que le seul fait d'être en état d'hypnose avec des suggestions, très libres, de « changement », permet la modification expérientielle nécessaire. Pour d'autres les suggestions doivent être plus ciblées.

Cependant, dans le cadre de la recherche, il est important de définir opérationnellement les domaines de l'expérience que les suggestions ciblent et les différentes stratégies hypnotiques que l'on propose aux participants. Pour cibler au mieux les suggestions hypnotiques, elles s'inspireront en particulier d'un modèle neurologique et s'orienteront notamment vers : l'émotion de dégout, les sensations corporelles, la projection dans l'avenir.

Pour les besoins de l'étude, le modèle d'hypnose choisi s'appuiera sur des données empiriques et sur un modèle neurologique. Des études ont montré que la dépendance à la nicotine est liée à l'insula dans le cerveau(206). D'autres études ont montré que l'émotion du dégout est liée à l'insula (292; 48), donc dans un premier temps des suggestions de dégout en lien avec le tabac seront utilisées. Fumer étant souvent lié au stress(220), une méthode anxiolytique sera utilisée et encouragée à pratiquer en autohypnose au cours de la deuxième séance. La rechute semble liée à l'insula, qui donne les sensations physiques de plaisir et de manque(205). Ce qui fait rechuter les fumeurs pourrait être donc une angoisse face aux signaux somatiques de manque. Dans ces deux séances, on pourra donc utiliser l'outil hypnotique de « projection dans l'avenir » qui permettra aux personnes de se représenter leur corps débarrassé du tabac mais dans un certain calme corporel, et dans la troisième, un exercice permettant de cibler les sensations corporelles problématiques et de les modifier subjectivement.

Les séances d'hypnose se dérouleront schématiquement comme suit : (Cf. script des séances, annexe 6)

1. Première séance : induction visuelle (induction la plus usitée), recherche d'une partie du corps ayant particulièrement subjectivement « souffert » du tabac. Suggestion en lien avec du dégoût associé au tabac et cette partie du corps.
Apaisement du dégoût quand le tabac s'éloigne, en laissant cette partie du corps devenir le « guide » pour inspirer du dégout face aux stimuli en lien avec le tabac. (Modèle de J-M Benhaiem(31))
Projection dans l'avenir avec visualisation du changement et des bénéfices, guérison du corps apaisé sans le toxique et des changements dans les habitudes. Suggestion post-hypnotiques d'apaisement.
2. Deuxième séance : Apprentissage de l'autohypnose à visée anxiolytique et du contrôle des émotions par la méthode du point neutre émotionnel (Modèle de JC Espinoza(92)).Projection dans l'avenir et suggestions post-hypnotiques.
3. Troisième séance : Recueil de données. Reprise des points qui poseraient encore problème aux patients face au tabac ou à l'usage de l'autohypnose. Reprise des exercices des séances précédentes

à la demande du patient. Enfin, exercice mettant en lien le problème avec une sensation corporelle, et l'objectif avec le changement progressif de cette sensation. (Modèle de A Vallée(282))

Les deux séances seront espacées d'une semaine, et la troisième d'environ deux semaines afin de laisser un temps raisonnable pour une pratique éventuelle de l'autohypnose par le patient.

i) Tolérance

Aucun événement indésirable grave n'est attendu. Néanmoins si les séances d'hypnose facilitent le diagnostic d'un syndrome psychiatrique sous-jacent, le sujet peut être exclu de l'étude et se verra proposer une consultation spécialisée de prise en charge. Ce sera le cas si la séance d'hypnose et les réactions du patient révèlent un trouble délirant, une dépression grave, un psycho traumatisme. Il sera alors considéré comme perdu de vue.

j) Analyse statistique des données.

La saisie des données sera réalisée à l'aide d'un masque de saisie à l'aide du logiciel Epidata. L'analyse statistique sera réalisée à l'aide du logiciel SAS 9.1.

Une comparaison du groupe de patients ayant présenté l'évènement au groupe de patients ne l'ayant pas présenté pendant la durée de l'étude sera effectuée en bivarié par des tests du chi 2 ou test exacts de Fisher pour les variables qualitatives et par des tests de Student ou des tests de rang pour des variables quantitatives ; et en multivarié par une régression logistique.

Si le nombre d'arrêt de Tabac est suffisant, on proposera une analyse du taux d'arrêt de tabac selon les différents critères pronostiques envisagés par une analyse de survie en bivarié par des tests du log rank et en multivarié par un modèle de Cox. Cette analyse sera réalisée en intention de traiter.

k) Modalités administratives

Un consentement informé et écrit doit être recueilli au moment de l'inclusion (Annexe 1). Un cahier d'observation sera établi pour chaque recueil (Annexe 2, 3 et 4).

Un dossier sera soumis à approbation auprès du CPP (Comité de Protection des Personnes), et du CCTIRS (Comité Consultatif Traitement de l'Information Recherche et de la Santé). Cette étude fera l'objet d'une demande d'autorisation de traitement des données auprès de la CNIL (Commission nationale Informatique et Libertés). Un numéro d'ordre, identifiant unique, sera attribué à chaque patient par le moniteur de l'étude. Les données recueillies seront saisies anonymement avec ce numéro d'ordre dans une base de données au fur et à mesure de leur réception sur un ordinateur sécurisé.

L'étude demandera des moyens humains : en terme de temps de secrétariat pour la gestion des rendez-vous, et de vacations de l'hypnothérapeute pour les sessions d'hypnose (une à deux après-midi par semaine pendant toute l'année), de tabacologue, de temps de recueil de saisie et d'analyse des données. Ainsi que des moyens matériels : photocopies pour les cahiers de recueils de données et auto-questionnaires, ordinateur portable avec les images du test d'Ekman. Il faudra également prévoir au sein du service la disponibilité d'une pièce calme et d'un fauteuil confortable pour l'hypnose. Une estimation du budget devra être réalisée. Les résultats de l'étude devront être publiés.

Conclusion

Ce modeste travail est forcément plein de limites. Nous espérons seulement qu'il contribuera à une meilleure compréhension de l'hypnose, de ses mécanismes et applications possibles en thérapie.

A partir de notre étude pilote nous avons des indices permettant de formuler des hypothèses sur les fumeurs acceptant de bénéficier de l'hypnose, sur l'action particulière de celle-ci et sur des éventuels facteurs de réussite de ce traitement. Ces hypothèses doivent être évaluées à plus grande échelle.

Si notre travail présente le protocole d'une étude qui pourrait s'avérer utile à cela, de nombreuses autres études seraient nécessaires car les questions posées sont larges, et les hypothèses potentiellement nombreuses. Quels sont les patients pouvant en bénéficier avec de bons résultats ? Quelles techniques ou méthodes d'hypnose sont les plus efficaces et dans quelles conditions ?

L'hypnose est une technique qui peut avoir des effets surprenants, et déclencher les réactions les plus vives. Les recherches actuelles lui ont permis de sortir du domaine de la « magie », et d'avoir une assise scientifique. Il est grand temps d'en préciser les indications, et de les évaluer. De nombreuses équipes y travaillent.

Même si de nombreux arguments nous montrent que l'hypnose est plus efficace en conditions réelles, et qu'elle résiste à l'évaluation par des études standardisées, c'est surement le cas de nombreuses thérapies, et évaluer leur efficacité et leurs indications est une sorte de « devoir » auquel nous ne pourrons probablement plus échapper, quitte à utiliser, voire inventer des outils adaptés. Malgré cela, il faut garder en mémoire qu'en thérapie, la motivation du patient est le facteur le plus important du changement, il est donc logique qu'en situation réelle, les résultats soient meilleurs avec des volontaires, qu'ils aient ou non par ailleurs un profil identifiable.

Au-delà du tabac, de nombreux troubles, psychiatriques ou non, sont concernés. Nous avons imaginé que le problème du tabagisme, étudié dans une population sans trouble psychique en décompensation, nous donnerait quelques idées sur les problèmes impliquant des dimensions à la fois physiques, psychiques et relationnelles auxquels les thérapeutes sont confrontés, auxquels nous serons confrontés en tant que psychiatre. Ces dimensions semblent présentes « a minima » dans le tabagisme, puisque le sevrage met en jeu les liens entre corps et esprit, plus précisément entre anxiété et sensations somatiques liées au manque, et la vie de relation à l'entourage et aux représentations de soi. Leur prise en charge et l'établissement de facteurs de réussite de cette prise en charge, pourraient nous ouvrir des perspectives dans notre exercice.

L'anxiété, un comportement répétitif, le lien corps et esprit, l'influence du symptôme sur les relations du fumeur à lui-même et aux autres. Comment ne pas voir dans ces caractéristiques le spectre de tous les troubles anxieux ou de la dépression, dont la prévalence ne cesse de croître ?

Au-delà de l'hypnose, la question générale de la théorie des pratiques est également posée. Question qui ne peut être abordée si chaque thérapeute, selon son ouverture d'esprit ou ses

référentiels, croît avoir la seule thérapie valable et efficace. Les patients ne gagneraient-ils pas à ce que les indications thérapeutiques soient pesées au-delà des querelles théoriques ?

Même si certains principes communs subsistent, à l'origine d'une thérapeutique pour partie standardisée, indispensables dans une médecine moderne et scientifique, ne peut-on pas imaginer que la clinique s'affine et oriente, selon le cas, vers l'une ou l'autre des options possibles ? Des options plus nombreuses, plus flexibles, plus adaptables.

Certains patient tentés par une approche pourraient être réorientés vers une approche plus adaptée à eux, d'autres, demandant conseil seraient accompagnés vers une technique selon des critères précis et personnalisés.

Aucun traitement ne pourrait prétendre convenir uniformément à tous. Le thérapeute doit croire à ce qu'il propose, et le patient avoir confiance et envie de changement. Il pourrait être efficace que les centres de soins du tabagisme, des troubles anxieux ou d'autres encore aient plusieurs options à proposer à leurs patients et des critères pour les orienter.

De cette façon, patient et thérapeute sont alliés contre le symptôme : le patient a son « mot à dire » sur sa thérapie, le praticien a des arguments cliniques pour guider le choix du patient. Nous espérons que l'on pourra bientôt proposer, pour beaucoup d'indications, un traitement de plus en plus adapté à chaque type de patient, et nous espérons que la recherche pourra y contribuer.

Mais nous espérons aussi que des recommandations standardisées, même si elles devenaient plus fines, complexes et adaptées, ne feront jamais perdre de vue l'importance de la relation humaine thérapeutique, cette rencontre forcément toujours unique.

Pour soigner, on doit connaître son traitement (d'où l'utilité des protocoles) et surtout le malade (d'où l'utilité de parfois les dépasser). Le même produit, administré à la même dose dans la même indication, provoque des effets souvent très différents suivant les patients et la prévision du résultat est difficile, même dans un domaine aussi contrôlé que la pharmacologie. A plus forte raison en matière psychique, où les paramètres sont plus nombreux et plus aléatoires. Aussi, les réponses hypnotiques sont souvent considérées comme aussi variées qu'il y a de sujets.

Laissons pour finir la parole à Erickson (cité par Megglé (195)) qui fut lui-même chercheur et publia de nombreux travaux, avant de s'éloigner de l'idée de standardisation des protocoles hypnotiques, d'être de plus en plus clinicien et de s'intéresser à ce qui rendait chacun unique.

« Quand vous appliquez un protocole d'hypnose sur une grande série de sujets et que celui-ci est inefficace chez 30% d'entre eux, vous concluez que 30% des sujets sont résistants à l'hypnose. Vous vous trompez. La vérité est que 30% des sujets sont résistants à votre protocole *; en définitive, vous n'avez pas mesuré la résistance de la population étudiée à l'hypnose, vous n'avez mesuré que votre protocole, c'est-à-dire rien du tout. Vous n'avez pas touché le phénomène, mais une création artificielle de votre esprit ; c'est votre esprit qui n'a pas saisi au moins 30% de l'hypnose et vous ne parviendrez à réduire ce « résidu incompressible » de sujets que vous qualifiez de résistants qu'en revoyant complètement la prémisse de votre recherche.*

Commencez par respecter l'individualité de chacun. »

Bibliographie

1. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000 ;(2):CD001008.

2. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clin Psychol Rev. 2003 Fév ;23(1):1-33.

3. Adolphs R. Neural systems for recognizing emotion. Curr. Opin. Neurobiol. 2002 Avr ;12(2):169-177.

4. Ahijevych K, Yerardi R, Nedilsky N. Descriptive outcomes of the American Lung Association of Ohio hypnotherapy smoking cessation program. Int J Clin Exp Hypn. 2000 Oct ;48(4):374-387.

5. Aïm P. Voyage entre Hypnose et Pensée Juive. Communication effectuée à l'occasion du VIè Forum de la C.F.H.T.B (Confédération francophone d'hypnose et de thérapie brèves). Nantes: Mai 2009.

6. Albom M. La dernière leçon - Comment un vieil homme m'a redonné le goût de vivre. Paris: Pocket; 2004.

7. Allen W. Whatever works. Long métrage, 92min. Mars Distribution; 2009.

8. Amadou R. F-A Mesmer: Le magnétisme animal. Paris: Payot; 1971.

9. American Psychiatric Association. The eficacy of psychotherapy. USA: APA; 1994.

10. Anguis M, Dubeaux D. Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac. INSEE Première. 1997 ;(551):1-4.

11. Aubin H, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB, Gong J, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. Thorax. Août 2008 ;63(8):717-724.

12. Bachellier J. Evaluation de l'efficacité de l'hypnothérapie sur le craving dans les addictions : outil de gestion des modifications de l'état de conscience : présentation clinique de 6 patients suivis en CSST. Thèse d'exercice - Université François Rabelais (Tours) 2009 ;1 vol. (128 p.).

13. Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ;(1):CD004704.

14. Barber J. Freedom from smoking: integrating hypnotic methods and rapid smoking to facilitate smoking cessation. Int J Clin Exp Hypn. 2001 Jul ;49(3):257-266.

15. Barkley RA, Hastings JE, Jackson TL. The effects of rapid smoking and hypnosis in the treatment of smoking behavior. Int J Clin Exp Hypn. 1977 Jan ;25(1):7-17.

16. Barrucand D. Histoire de l'hypnose en France. Presses Universitaires de France - PUF; 1967.

17. Bartels A, Zeki S. The neural basis of romantic love. Neuroreport. 2000 Nov ;11(17):3829-3834.

18. Bastien SA, Kessler M. Hypnotic Treatment of Smoking. ERIC[Summary of research presented at the Annual convention of the American Psychological Association, Anaheim CA, August 26-30]. 1983. Vol. ED240439: 22.

19. Bayer R, Stuber J. Tobacco control, stigma, and public health: Rethinking the relations. Am Public Health Assoc. 2006; (40)1.

20. Bayot A, Capafons A, Cardeña E. Emotional self-regulation therapy: a new and efficacious treatment for smoking. Am J Clin Hypn. 1997 Oct ;40(2):146-156.

21. Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P, Spilka S. Le tabagisme des adolescents: niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention? Revue des maladies respiratoires. 2006 ;23(6):681–693.

22. Bellet P. Bernheim: "L'hypose n'existe pas!". Hypnose et thrapies brèves. 2008 Nov ;(7):78-82.

23. Bellet P. Emile Coué, L'imagination bienveillante. Hypnose & Thérapies Brèves. 2008 Nov ;(7):72-73.

24. Ben Lakhdar C. Contrebande et ventes de tabac 1999-2004 : comparaison des évolutions des ventes de cigarettes en France dans les zones frontalières et non frontalières. Tendances 2005. 2005 ;(44):1-4.

25. Benhaiem JM, Attal N, Chauvin M, Brasseur L, Bouhassira D. Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia. Pain. 2001 Jan ;89(2-3):167-173.

26. Benhaiem J. Enfin je maigris ! : Le déclic par l'autohypnose, 40 exercices. Albin Michel; 2008.

27. Benhaiem J. François Roustang, La recherche clinique autour de l'hypnose. Hypnose & Thérapies Brèves. 2009 Avr ;(12):66-71.

28. Benhaiem J. (dir.), Collectif. L'hypnose médicale. Med-Line Editions; 2003.

29. Benhaiem J. (dir.), Collectif. L'hypnose aujourd'hui. In Press; 2005.

30. Benhaïem J. Oubliez le tabac ! : La méthode révolutionnaire pour arrêter de fumer. Albin Michel; 2005.

31. Benhaïem J. La dernière cigarette! Exercices hypnotiques de recadrage. Hypnose & Thérapies Brèves. 2009 Jan ;(11):48-56.

32. Bernheim H. Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Paris: Doin; 1891.

33. Bertoni N. Le réveil de l'hypnose. Reflexion sur l'hypnose et la suggestion à propos de cinq observations personnelles et d'une revue de la littérature. Thèse d'exercice - Université Henri Poincaré (Nancy) 1988.

34. Bettcher D, Smith E, Perucic AM. Contrer l'épidémie mondiale du Tabac. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2008 Mai ;(21-22):181-182.

35. Bioy A. La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Poitiers. 2005 ;2 vol. (538 f.).

36. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège Walther M, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2009 ;(2):CD004705.

37. Blakemore S. Deluding the motor system. Conscious Cogn. 2003 Déc ;12(4):647-655.

38. Blakemore S, Oakley DA, Frith CD. Delusions of alien control in the normal brain. Neuropsychologia. 2003 ;41(8):1058-1067.

39. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking Cessation: A Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Trial. Arch Intern Med. 2000 Nov 13;160(20):3128-3134.

40. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behavior. Nicotine Tob. Res. 2003 Fév ;5(1):111-116.

41. Bourgeois P. De la désensibilisation systématique aux modifications cognitives sous hypnose. Ann. Med. Psychol. 1982 ;140(5):509-517.

42. Brown RA, Kahler CW, Zvolensky MJ, Lejuez CW, Ramsey SE. Anxiety sensitivity: relationship to negative affect smoking and smoking cessation in smokers with past major depressive disorder. Addict Behav. 2001 Déc ;26(6):887-899.

43. Cahill K, Ussher M. Cannabinoid type 1 receptor antagonists (rimonabant) for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2007 ;(3):CD005353.

44. Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ;(4):CD003440.

45. Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ;(3):CD004307.

46. Cahill K, Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ;(4):CD004986.

47. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ;(3):CD006103.

48. Calder AJ, Keane J, Manes F, Antoun N, Young AW. Impaired recognition and experience of disgust following brain injury. Nat. Neurosci. 2000 Nov ;3(11):1077-1078.

49. Capafons A, Amigó S. Emotional self-regulation therapy for smoking reduction: description and initial empirical data. Int J Clin Exp Hypn. 1995 Jan ;43(1):7-19.

50. Carmody TP, Duncan C, Simon JA, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. Nicotine Tob. Res. 2008 Mai ;10(5):811-818.

51. Carroll L. Alice au pays des merveilles (1865). éd. Gallimard; 1994.

52. Carroy J. Hypnose, suggestions et psychologie. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1991.

53. Casmar P. Hypnosis and smoking cessation: Anesthetization of craving. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2003 ;11-B(63):5507.

54. Castel A, Pérez M, Sala J, Padrol A, Rull M. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. Eur J Pain. 2007 Mai ;11(4):463-468.

55. Castonguay LG, Goldfried MR, Wiser S, Raue PJ, Hayes AM. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. J Consult Clin Psychol. 1996 Jun ;64(3):497-504.

56. Catty J. 'The vehicle of success': theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. Psychol Psychother. 2004 Jun ;77(Pt 2):255-272.

57. Chertok L. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie : Le non-savoir des psy. Odile Jacob; 1979.

58. Chertok L. Résurgence de l'hypnose. Desclée de Brouwer; 1984.

59. Chertok L. Hypnose et suggestion. 2ème éd. Presses Universitaires de France - PUF; 1989.

60. Chertok L. L'hypnose. Ed. remaniée et augm. Payot; 1989.

61. Cope TE. Clinical hypnosis for the alleviation of tinnitus. Int Tinnitus J. 2008 ;14(2):135-138.

62. Cornwell J, Burrows GD, McMurray N. Comparison of single and multiple sessions of hypnosis in the treatment of smoking behaviour. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 1981 ;(9):61-76.

63. Cosci F, Corlando A, Fornai E, Pistelli F, Paoletti P, Carrozzi L. Nicotine dependence, psychological distress and personality traits as possible predictors of smoking cessation. Results of a double-blind study with nicotine patch. Addict Behav. 2009 Jan ;34(1):28-35.

64. Cottencin O, Doutrelugne Y. Le C.H.U, l'hypnose et les thérapies brèves. Hypnose & Thérapies Brèves. 2009 ;(12):50-57.

65. Covino NA, Bottari M. Hypnosis, behavioral theory, and smoking cessation. J Dent Educ. 2001 Avr ;65(4):340-347.

66. Crasilneck HB, Hall JA. The use of hypnosis in controlling cigarette smoking. South. Med. J. 1968 Sep ;61(9):999-1002.

67. David S, Lancaster T, Stead LF, Evins AE. Opioid antagonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2006 ;(4):CD003086.

68. Davoli M, Minozzi S. [Summary of systematic revisions of the efficacy of smoking cessation therapy]. Epidemiol Prev. 2002 Déc ;26(6):287-292.

69. De Bonis M, Ferrey G. Anxiété-trait, anxiété-état changement réel, changement apparent. L'encéphale: revue de psychiatrie biologique et thérapeutique. 1975 ;153–60.

70. De Bonis M. Content analysis of 27 anxiety inventories and rating scales. Modern problems of pharmacopsychiatry. 1974 ;7(0):221.

71. De Pascalis V. EEG spectral analysis during hypnotic induction, hypnotic dream and age regression. Int J Psychophysiol. 1993 Sep ;15(2):153-166.

72. De Pascalis V, Marucci FS, Penna PM. 40-Hz EEG asymmetry during recall of emotional events in waking and hypnosis: differences between low and high hypnotizables. Int J Psychophysiol. 1989 Mar ;7(1):85-96.

73. De Pascalis V, Marucci FS, Penna PM, Pessa E. Hemispheric activity of 40 Hz EEG during recall of emotional events: differences between low and high hypnotizables. Int J Psychophysiol. 1987 Oct ;5(3):167-180.

74. De Pascalis V, Perrone M. EEG asymmetry and heart rate during experience of hypnotic analgesia in high and low hypnotizables. Int J Psychophysiol. 1996 Mar ;21(2-3):163-175.

75. Debray Q, Granger B, Azaïs F. Psychopathologie de l'adulte. Elsevier Masson; 2005.

76. von Dedenroth TE. The use of hypnosis in 1000 cases of "tobaccomaniacs". Am J Clin Hypn. 1968 Jan ;10(3):194-197.

77. Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, et al. [[Hypnosedation, a new method of anesthesia for cervical endocrine surgery. Prospective randomized study]. Ann Chir. 2000 Jul ;125(6):539-546.

78. Defechereux T, Meurisse M, Hamoir E, Gollogly L, Joris J, Faymonville ME. Hypnoanesthesia for endocrine cervical surgery: a statement of practice. J Altern Complement Med. 1999 Déc ;5(6):509-520.

79. Descartes R. Méditations métaphysiques. 1641 éd. Hatier; 2007.

80. Devos R. Matière à rire. Olivier Orban; 1991.

81. Drisko JW. Common factors in psychotherapy outcome: Meta-analytic findings and their implications for practice and research. Families in Society. 2004 ;85(1):81–90.

82. Ekman P, Friesen WV, JENKINS J, OATLEY K, STEIN N. Constants across cultures in the face and emotion. Journal of personnality and social psychology. 1971 ;(17):124-129.

83. Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the management of chronic pain. Int J Clin Exp Hypn. 2007 Jul ;55(3):275-287.

84. Elkins G, Marcus J, Bates J, Hasan Rajab M, Cook T. Intensive hypnotherapy for smoking cessation: a prospective study. Int J Clin Exp Hypn. 2006 Jul ;54(3):303-315.

85. Elkins GR, Rajab MH. Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of a three-session intervention. Int J Clin Exp Hypn. 2004 Jan ;52(1):73-81.

86. Ellenberger H. Histoire de la découverte de l'inconscient. éd. Fayard; 1974.

87. Erickson MH. A propos d'éventuels effets préjudiciables de l'hypnose expérimentale. The american jornal of Abnormal and Social Psychology. 1932 ;312-327.

88. Erickson MH. Techniques d'induction. Dans: L'hypnose thérapeutique : Quatre conférences. ESF Editeur; 1965.

89. Erickson MH, Rossi L. L'intégrale des articles de Milston H. Erickson. Tome 1 : De la nature de l'hypnose et de la suggestion. SATAS; 1980.

90. Ernst E, Rand JI, Stevinson C. Complementary therapies for depression: an overview. Arch. Gen. Psychiatry. 1998 Nov ;55(11):1026-1032.

91. Espinosa J. Gregory Bateson 1904-1980, pionnier de la transdiscplinarité. Hypnose & Thérapies Brèves. 2005 Mai ;(1):68-69.

92. Espinosa J. De l'influence des glénans sur les troubles de l'adaptation. Hypnose & Thérapies Brèves. 2008 Aout ;(10):42-48.

93. Etter J, Stapleton JA. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. Tob Control. 2006 Aoû ;15(4):280-285.

94. Evans FJ. Hypnosis and sleep: Techniques for exploring cognitive activity during sleep. Hypnosis: Research developments and perspectives. 1972 ;43–83.

95. Farrell P, Fuchs VR. Schooling and Health. Journal of Health Economics. 1982 ;1217–230.

96. Faure H. L'automatisme psychologique. Soins Psychiatr. 1985 Déc ;(62):34-35.

97. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology. 2000 Mai ;92(5):1257-1267.

98. Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J. Hypnosedation: a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. Acta Chir. Belg. 1999 Aoû ;99(4):141-146.

99. Faymonville M, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. J. Physiol. Paris. 2006 Jun ;99(4-6):463-469.

100. Fee W. Searching for the simple answer to cure the smoking habit. Health and Social Service Journal. 1977 ;86(4529):292–293.

101. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. JAMA. 1994 Jun 22;271(24):1940-1947.

102. Frank RG, Umlauf RL, Wonderlich SA, Ashkanazi GS. Hypnosis and behavioral treatment in a worksite smoking cessation program. Addict Behav. 1986 ;11(1):59-62.

103. Frenay MC, Faymonville ME, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. Burns. 2001 Déc ;27(8):793-799.

104. Freud S. Résultats, idées, problèmes, tome 1, 1890 6e édition. 1998 Presses Universitaires de France - PUF.

105. Freud S. Essais de psychanalyse. (1921) éd. Payot; 2004.

106. Freud S. Résultats, Idees Problemes T2 1921-1938. éd. Presses Universitaires de France (PUF); 2001.

107. Freud S. Sigmund Freud présenté par lui-même.(1925). éd. Gallimard; 1986.

108. Freud S. L'analye avec fin, et l'analys sans fin. Dans: Résultats, Idées, Problèmes. Paris: P.U.F; 1937.

109. Freud S. Ma vie et la psychanalyse. suivi de Psychanalyse et médecine. Traduit de l'allemand par Marie Bonaparte. Gallimard, les Essais, 1949.

110. Freud S. Correspondance, 1873-1939. Nouvelle éd. augm. Gallimard; 1979.

111. Freud S, Breuer J. Etudes sur l'hystérie (1895). éd. Presses Universitaires de France - PUF; 2002.

112. Gartner C, Hall W, Vos T, Bertram M, Wallace A, Lim S. Assessment of Swedish snus for tobacco harm reduction: an epidemiological modelling study. The Lancet. 2007 6;369(9578):2010-2014.

113. Godin J. Hypnothérapie. Dans: Encycl. Med. Chir. 1991. p. 37820B.

114. Gould R. A meta-analysis of self-help treatment approaches. Clinical Psychology Review. 1993 ;13(2):169-186.

115. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004 ;(3):CD000058.

116. Green JP, Lynn SJ. Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: an examination of the evidence. Int J Clin Exp Hypn. 2000 Avr ;48(2):195-224.

117. Green JP, Jay Lynn S, Montgomery GH. A meta-analysis of gender, smoking cessation, and hypnosis:a brief communication. Int J Clin Exp Hypn. 2006 Avr ;54(2):224-233.

118. Green JP, Lynn SJ, Montgomery GH. Gender-related differences in hypnosis-based treatments for smoking: a follow-up meta-analysis. Am J Clin Hypn. 2008 Jan ;50(3):259-271.

119. Grøndahl JR, Rosvold EO. Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: A randomized controlled pilot trial. BMC Musculoskelet Disord. 2008 ;9124.

120. Grosz HJ. Nicotine addiction: treatment with medical hypnosis. Part 2. J Indiana State Med Assoc. 1978 Déc ;71(12):1136-1137.

121. Guelfi J. Le questionnaire d'anxiété BATE. Dans: L'évaluation Clinique Standardisée en Psychiatrie. Paris: Editions Médicales Pierre Fabre; 1997.

122. Guillemin F, Arènes J, Virion J. Santé et Qualité de Vie. Dans: Baromètre Santé Adultes 95-96. Vanves: CFES; 1997. p. 69-85.

123. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004 ;(3):CD000546.

124. Haley J. Un thérapeute hors du commun. Milton H. Erickson. Paris: Desclée de Brouwer; 1973.

125. Hardy-Baylé M. Théorie des pratiques en psychiatrie - Epistémologie. Dans: J.-D. Guelfi / F. Rouillon (dir.). Manuel de Psychiatrie. Masson; 2007. p. 13-22.

126. Hart BB, Alden PA. Hypnotic techniques in the control of pain. Psychology, pain and anaesthesia. 1994 ;120–45.

127. Hasan FM, Pischke K, Saiyed S, Macys D, McCleary N. Hypnotherapy as an aid to smoking cessation of hospitalized patients: preliminary results. Chest. 2007 ;132(4):527.

128. Hasan F, Saiyed S, Pischke K, Macys D, Bettencourt A, Beal L, et al. Non-Pharmacologic Therapy for Smoking Cessation of Hospitalized Patients: A Role for Hypnotherapy. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2009 Avr 1;179(MeetingAbstracts):A3959.

129. Hilgard ER. Divided consciousness. Wiley; 1977.

130. Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. Bulletin Epidémiologiqe Hebdomadaire. 2003 Mai 27;(22-23):98-100.

131. Hilpert-Flory C. L'hypnose et ses applications thérapeutiques à l'enfant et à l'adolescent. Thèse d'exercice - Université Henri Poincaré (Nancy) 2007 ;1 vol. (211 f.).

132. Hoareau J. Hypnose Clinique. Masson; 1992.

133. Hofbauer RK, Rainville P, Duncan GH, Bushnell MC. Cortical representation of the sensory dimension of pain. J. Neurophysiol. 2001 Jul ;86(1):402-411.

134. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy. 1er éd. American Psychological Association (APA); 1999.

135. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000 ;(2):CD000031.

136. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000 ;(4):CD002849.

137. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2007 ;(1):CD000031.

138. Huynh ME, Vandvik IH, Diseth TH. Hypnotherapy in child psychiatry: the state of the art. Clin Child Psychol Psychiatry. 2008 Jul ;13(3):377-393.

139. Hyman GJ, Stanley RO, Burrows GD, Horne DJ. Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement. Addict Behav. 1986 ;11(4):355-365.

140. Izquierdo de Santiago A, Khan M. Hypnosis for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2007 ;(4):CD004160.

141. Jabbi M, Bastiaansen J, Keysers C. A common anterior insula representation of disgust observation, experience and imagination shows divergent functional connectivity pathways. PLoS ONE. 2008 ;3(8):e2939.

142. Jacques M, Hubert F, Laguë J. Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au québec. Institut National de santé publique du Québec; 2004.

143. Janet P. L'automatisme Psychologique. 4 éd. CNRS; 1889.

144. Janet P. La médecine psychologique. Paris: Flammarion; 1923.

145. Javel AF. One-session hypnotherapy for smoking: a controlled study. Psychol Rep. 1980 Jun ;46(3 Pt 1):895-899.

146. Jensen M, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. J Behav Med. 2006 Fév ;29(1):95-124.

147. Johnson DL, Karkut RT. Performance by gender in a stop-smoking program combining hypnosis and aversion. Psychol Rep. 1994 Oct ;75(2):851-857.

148. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 Jul 5;296(1):56-63.

149. Katz NW. Hypnosis and the addictions: a critical review. Addict Behav. 1980 ;5(1):41-47.

150. Kirsch I, Lynn SJ. The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. American Psychologist. 1995 ;50846–846.

151. Kissel P, Barrucand D. L'hypnose selon Pierre Janet: décadence et actualité. Ann. Medicopsychol. 1967 ;I(4):505-520.

152. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. Am J Psychiatry. 2000 Aoû ;157(8):1279-1284.

153. La revue prescrire. Quelle place pour le bupropion dans le sevrage tabagique? Prescrire. 2002 ;22(231):635.

154. La revue prescrire. Nicotine: s'y retrouver dans les nouveautés. Prescrire. 2002 ;22(227):272.

155. La revue prescrire. Substituts nicotiniques et collectivités. Prescrire. 2003 ;23(240):423.

156. La revue prescrire. Sevrage tabagique : motivation et soutien psychologique d'abord et, si nécessaire, nicotine. Prescrire. 2006 ;(276):645-648.

157. La revue prescrire. La fumée de tabac ambiante: une toxicité établie mais évitable. Prescrire. 2008 ;28(293):218-223.

158. La revue prescrire. Sevrage tabagique : pas de varénicline. Prescrire. 2008 ;(301):836.

159. La revue prescrire. Idées Force de la revue prescrire sur le sevrage tabagique. Prescrire. 2008 Déc ;(302):

160. Lacan J. Ecrits. Le champ Freudien. Paris: Seuil; 1966.

161. Lagrée V. Suicide et hypnothérapie aux urgences. Hypnose & Thérapies Brèves. 2008 Fév ;(8):20-29.

162. Lambe R, Osier C, Franks P. A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. J Fam Pract. 1986 Jan ;22(1):61-65.

163. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000 ;(3):CD000214.

164. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000 ;(2):CD001009.

165. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000 ;(2):CD000191.

166. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005 ;(2):CD001292.

167. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005 ;(3):CD001118.

168. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Regular review: Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ. 2000 Aoû 5;321(7257):355–358.

169. Laplanche A, Hill C. Histoire de la consommation en France. Documentation Française, 2003

170. Laprévote V. Hypnose et neurosciences : données actuelles. Thèse d'exercice - Université Lille 2. 2008 ;1 vol. (92 f.).

171. Laxenaire M. Les relations Janet-Freud: Pourquoi la guerre? Ann Med-Psychol. 1989 ;147(9):1004-1007.

172. Le Houezec J. Nicotine: abused substance and therapeutic agent. J Psychiatry Neurosci. 1998 Mar ;23(2):95-108.

173. Lehrer P, Feldman J, Giardino N, Song H, Schmaling K. Psychological aspects of asthma. J Consult Clin Psychol. 2002 Jun ;70(3):691-711.

174. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. Eur. J. Cancer Prev. 2008 Nov ;17(6):535-544.

175. Leriche A, Mariotti M. Hypnose en pédiatrie hospitalière. Hypnose & Thérapies Brèves. 2008 Aout ;(2):32-39.

176. Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Trends in mortality from major cancers in the European Union, including acceding countries, in 2004. Cancer. 2004 Déc 15;101(12):2843-2850.

177. Lipsitz JD, Marshall RD. Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. Psychiatr. Clin. North Am. 2001 Déc ;24(4):817-829.

178. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everywon has one and all must have prizes"? Arch. Gen. Psychiatry. 1975 Aoû ;32(8):995-1008.

179. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes"? Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc. 1976 ;(64):3-22.

180. Luo J, Ye W, Zendehdel K, Adami J, Adami H, Boffetta P, et al. Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study. Lancet. 2007 Jun 16;369(9578):2015-2020.

181. MacHovec FJ, Man SC. Acupuncture and hypnosis compared: fifty-eight cases. Am J Clin Hypn. 1978 Jul ;21(1):45-47.

182. Maïmonide, M. (11e siècle) Le Guide des égarés, *suivi de :* Traité des huit chapitres. (S. Munk & E. Smilevitch, Trad.) Verdier. 1983.

183. Malebranche N. De la recherche de la verité. Où l'on traitte de la nature de l'esprit de l'homme, & de l'usage qu'il en doit faire pour éviter l'erreur dans les sciences. Chez André Pralard; 1678.

184. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol. Psychiatry. 1999 Fév 1;45(3):327-333.

185. Marc I, Rainville P, Dodin S. Hypnotic induction and therapeutic suggestions in first-trimester pregnancy termination. Int J Clin Exp Hypn. 2008 Avr ;56(2):214-228.

186. Marc I, Rainville P, Masse B, Verreault R, Vaillancourt L, Vallée E, et al. Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination: an open randomized trial. Am. J. Obstet. Gynecol. 2008 Nov ;199(5):469.e1-9.

187. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 2000 Jun ;68(3):438-450.

188. Martinet Y, Bohadana A, Wirth N, Spinosa A, Béguinot E. [Risk reduction strategies in smoking]. Rev Mal Respir. 2006 Sep ;23(4 Suppl):13S109-118.

189. Martinet Y, Bohadana A, Fagerström K. Would alternate tobacco products use be better than smoking? Lung Cancer. 2006 Jul ;53(1):1-4.

190. Martinet Y, Bohadana A, Fagerström K. Introducing oral tobacco for tobacco harm reduction: what are the main obstacles? Harm Reduct J. 2007 ;417.

191. Maseeh A, Kwatra G. A Review of Smoking Cessation Interventions. MedGenMed. 2005 ;7(2):24.

192. McNeal SA. EMDR and hypnosis in the treatment of phobias. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Am J Clin Hypn. 2001 Avr ;43(3-4):263-274.

193. Megglé D. Histoire des thérapies brèves. Hypnose & Thérapies Brèves. 2005 Mai ;(1):6-13.

194. Megglé D. Erickson, hypnose et psychothérapie. 3 éd. Retz; 2005.

195. Melchior T. Créer le réel. Hypnose et thérapie. Paris: Seuil; 1998.

196. Mesmer FA. Mémoire sur le découverte du magnétisme animal. 1779. Editions L'Harmattan; 2005.

197. Meurisse M, Defechereux T, Hamoir E, Maweja S, Marchettini P, Gollogly L, et al. Hypnosis with conscious sedation instead of general anaesthesia? Applications in cervical endocrine surgery. Acta Chir. Belg. 1999 Aoû ;99(4):151-158.

198. Miller WR. Rediscovering fire: small interventions, large effects. Psychol Addict Behav. 2000 Mar ;14(1):6-18.

199. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. J Consult Clin Psychol. 1993 Jun ;61(3):455-461.

200. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. InterEditions; 2006.

201. Mitrouska I, Bouloukaki I, Siafakas NM. Pharmacological approaches to smoking cessation. Pulm Pharmacol Ther. 2007 ;20(3):220-232.

202. Montaigne. De la force de l'imagination. Dans: Les essais. Editions Gallimard; 1595.

203. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2009 Avr ;338:b1024.

204. Morrison JB. Chronic asthma and improvement with relaxation induced by hypnotherapy. J R Soc Med. 1988 Déc ;81(12):701-704.

205. Naqvi NH, Bechara A. The hidden island of addiction: the insula. Trends Neurosci. 2009 Jan ;32(1):56-67.

206. Naqvi NH, Rudrauf D, Damasio H, Bechara A. Damage to the insula disrupts addiction to cigarette smoking. Science. 2007 Jan 26;315(5811):531-534.

207. Nasr M. Hypnose et fibroscopie bronchique. Voyage au fil de l'eau. Hypnose & Thérapies Brèves. 2006 Aout ;(2):26-31.

208. Néron S, Stephenson R. Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. Int J Clin Exp Hypn. 2007 Jul ;55(3):336-354.

209. Nicolas S. L'Ecole de la Salpêtrière en 1885. Psychologie et Histoire. 2000 ;1165-207.

210. OFDT. Tabagisme et arrêt du tabac en 2008. OFDT; 2009.

211. OMS. 10 facts on the tobacco epidemic and itscontrol. [Internet]. 2008 ;Available from: http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/en/index.html

212. ORNE MT. The nature of hypnosis: artifact and essence. J Abnorm Psychol. 1959 Mai ;58(3):277-299.

213. Owens MV, Samaras JT. Analysis of the Damon Smoking Control Program a study of hypnosis on controlling cigarette smoking. J Okla State Med Assoc. 1981 Mar ;74(3):65-70.

214. Park E, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004 ;(3):CD002928.

215. Pascal B. De l'imagination. Dans: Pensées. Seuil; 1670.

216. Pascal B. Pensées. A.A. Renouard; 1812.

217. Pederson LL, Scrimgeour WG, Lefcoe NM. Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program. J Consult Clin Psychol. 1975 Déc ;43(6):920.

218. Pederson LL, Scrimgeour WG, Lefcoe NM. Variables of hypnosis which are related to success in a smoking withdrawal program. Int J Clin Exp Hypn. 1979 Jan ;27(1):14-20.

219. Pederson LL, Scrimgeour WG, Lefcoe NM. Incorporation of rapid smoking in a community service smoking withdrawal program. Int J Addict. 1980 Jul ;15(5):615-629.

220. Peretti-Watel P, Beck F, Wilquin J. Les français et la cigarette en 2005: un divorce pas encore consommé. Dans: INPES, Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. INPES; 2005. p. 77-112.

221. Peretti-Watel P, Moatti JP. Understanding risk behaviours: How the sociology of deviance may contribute? The case of drug-taking. Social Science & Medicine. 2006 ;63(3):675–679.

222. Perkins KA, Scott J. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. Nicotine Tob. Res. 2008 Jul ;10(7):1245-1250.

223. Perry C, Gelfand R, Marcovitch P. The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical context. J Abnorm Psychol. 1979 Oct ;88(5):592-603.

224. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950 : combination of national statistics with two case-control studies. BMJ : British Medical Journal. 2000 ;(321):323-329.

225. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. British Medical Journal. 2000 ;321(7257):323–329.

226. Picciolo M, Gigante D, Nunziata A. [Nicotine addiction and current therapy of smoking cessation]. Clin Ter. 2005 Aoû ;156(4):159-171.

227. Price DD. Hypnotic analgesia: Psychological and neural mechanisms. Dans: Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain: A Clinical Guide. New York: Norton; 1996. p. 67-84.

228. Price DD, Barrell JJ, Rainville P. Integrating experiential-phenomenological methods and neuroscience to study neural mechanisms of pain and consciousness. Conscious Cogn. 2002 Déc ;11(4):593-608.

229. Rabkin SW, Boyko E, Shane F, Kaufert J. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. Addict Behav. 1984 ;9(2):157-173.

230. Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. Pain. 1999 Aug ;82(2):159-171.

231. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science. 1997 Aug 15;277(5328):968-971.

232. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. J Cogn Neurosci. 1999 Jan ;11(1):110-125.

233. Rainville P. L'imagerie cérébrale fonctionnelle et la "neurophénoménologie" de l'hypnose. Dans: L'hypnose médicale. Paris: Med-Line Editions; 2003. p. 51-62.

234. Rainville P. Hypnosis and the analgesic effect of suggestions. Pain. 2008 Jan ;134(1-2):1-2.

235. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. J Cogn Neurosci. 2002 Aoû 15;14(6):887-901.

236. Rainville P, Price DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. Int J Clin Exp Hypn. 2003 Avr ;51(2):105-129.

237. Reda AA, Kaper J, Fikrelter H, Severens JL, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2009 ;(2):CD004305.

238. Reitter M, Riou B, Roi J, Villien P. Hypnose Ericksonienne et thérapies brèves. Rev. Française Psy. 1990 ;8(1):8-11.

239. Rhue JW, Lynn SJ, Kirsch I, Holroyd J. Handbook of clinical hypnosis. American Psychological Association Washington, DC; 1993.

240. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ;(1):CD001188.

241. Richard K. Tobacco cessation using hypnosis as part of a multimodal treatment approach: Program development and demonstration. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2002 ;12-B(62):5977.

242. Rogers CR. Client Centred Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. New edition. Constable; 2003.

243. Rossi I. Corps et chamanisme. Armand Colin; 1997.

244. Roussillon R. Du baquet de Mesmer au" baquet" de S. Freud. Presses Univ. de France; 1992.

245. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Minuit; 2002.

246. Roustang F. Freud, Hypnose, Liberté. Dans: L'hypnose médicale. Paris: Med-Line Editions; 2003.

247. Roustang F. Se dissocier: mais comment faire autrement? Hypnose & Thérapies Brèves. 2008 ;(7):28-43.

248. Salem G, Bonvin É. Soigner l'hypnose. 4 éd. Paris: Elsevier Masson; 2007.

249. Sander W. Schooling and quitting smoking. The Review of Economics and Statistics. 1995 ;191–199.

250. Sander W. Schooling and smoking. Economics of Education Review. 1995 ;14(1):23–33.

251. Sarbin TR, Coe WC. Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication. Holt, Rinehart and Winston; 1972.

252. Scheflin A, Frischholz E. Significant dates in the history of forensic hypnsis. Am. J. Clin. Hypn. 1999 ;42(2):84-107.

253. Schiff E, Mogilner JG, Sella E, Doweck I, Hershko O, Ben-Arye E, et al. Hypnosis for postradiation xerostomia in head and neck cancer patients: a pilot study. J Pain Symptom Manage. 2009 Jun ;37(6):1086-1092.e1.

254. Schubert DK. Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. J Clin Psychol. 1983 Mar ;39(2):198-202.

255. Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. Cochrane Database Syst Rev. 2002 ;(3):CD001745.

256. Shen YA, Nahas R. Complementary and alternative medicine for treatment of irritable bowel syndrome. Can Fam Physician. 2009 Fév ;55(2):143–148.

257. Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. Arch Dermatol. 2000 Mar ;136(3):393-399.

258. Shenefelt PD. Complementary psychotherapy in dermatology: hypnosis and biofeedback. Clin. Dermatol. 2002 Oct ;20(5):595-601.

259. Shenefelt PD. Complementary psychocutaneous therapies in dermatology. Dermatol Clin. 2005 Oct ;23(4):723-734.

260. Simon R. Hippolyte Bernheim. Journ. Med. Strasbourg. 1975 ;6(4):233-237.

261. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004 ;(1):CD003698.

262. Sorensen G, Beder B, Prible CR, Pinney J. Reducing smoking at the workplace: implementing a smoking ban and hypnotherapy. J. Occup. Environ. Med. 1995 Avr ;37(4):453-460.

263. Spanos NP, Williams V, Gwynn MI. Effects of hypnotic, placebo, and salicylic acid treatments on wart regression. Psychosom Med. 1990 Fév ;52(1):109-114.

264. Spanos NP, Sims A, De Faye B, Mondoux TJ, Gabora NJ. A Comparison of Hypnotic and Nonhypnotic Treatments for Smoking. Imagination Cognition and Personnality. 1992 ;1223–23.

265. Spiegel D, Cardena E. New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 1990 Oct ;51 Suppl39-43; discussion 44-46.

266. Spiegel D, Frischholz EJ, Fleiss JL, Spiegel H. Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. Am J Psychiatry. 1993 Jul ;150(7):1090-1097.

267. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ;(2):CD000165.

268. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000 ;(2):CD000124.

269. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005 ;(2):CD001007.

270. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2006 ;(2):CD005990.

271. Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Database Syst Rev. 2007 ;(3):CD005231.

272. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ;(1):CD000146.

273. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2006 ;3CD002850.

274. Stengers I, Collectif. Importance de l'hypnose. Empêcheurs de penser en rond; 1998.

275. Steyer TE, Ables A. Complementary and alternative therapies for weight loss. Prim. Care. 2009 Jun ;36(2):395-406.

276. Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy In A New Key: A Guide To Time-limited Dynamic Psychotherapy. annotated edition. Basic Books; 1985.

277. Summers RF, Barber JP. Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. Acad Psychiatry. 2003 ;27(3):160-165.

278. Szechtman H, Woody E, Bowers KS, Nahmias C. Where the imaginal appears real: a positron emission tomography study of auditory hallucinations. Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A. 1998 Fév 17;95(4):1956-1960.

279. Thurin J. Les psychothérapies peuvent-elle être évaluées? Dans: Choisir sa psychothérapie. Sous la direction de D.Widlocher. Paris: Odile Jacob; 2006. p. 298-310.

280. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ;(4):CD002295.

281. Valbø A, Eide T. Smoking cessation in pregnancy: the effect of hypnosis in a randomized study. Addict Behav. 1996 Fév ;21(1):29-35.

282. Vallée A. Apprenez à devenir modeste avec vos patients. Hypnose & Thérapies Brèves. 2008 Aoû ;(2):52-61.

283. Vampouille T. La lutte contre le tabagisme s'intensifie au Canada. La Croix. 2009 Jun 24;4.

284. Villano LM, White AR. Alternative therapies for tobacco dependence. Med. Clin. North Am. 2004 Nov ;88(6):1607-1621.

285. Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. Soc Sci Med. 1991 ;32(9):989-1005.

286. Wampold BE. Review: bona fide psychotherapies are similar in effectiveness. Evidence-Based Mental Health. 1998 8;1(3):78-78.

287. Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. J Affect Disord. 2002 Avr ;68(2-3):159-165.

288. Wark DM. What we can do with hypnosis: a brief note. Am J Clin Hypn. 2008 Jul ;51(1):29-36.

289. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2006 ;(1):CD000009.

290. Whorwell PJ. Use of hypnotherapy in gastrointestinal disease. Br J Hosp Med. 1991 Jan ;45(1):27-29.

291. Whorwell PJ. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: the response of colonic and noncolonic symptoms. J Psychosom Res. 2008 Jun ;64(6):621-623.

292. Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G. Both of us disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. Neuron. 2003 Oct 30;40(3):655-664.

293. Widlocher D, Dantchev N. Charcot et l'hystérie. Rev. Neurol. 1994 ;150(8-9):490-497.

294. Wik, Fischer, Bragée, Finer, Fredrikson. Functional anatomy of hypnotic analgesia: a PET study of patients with fibromyalgia. Eur J Pain. 1999 Mar ;3(1):7-12.

295. Williams JM, Hall DW. Use of single session hypnosis for smoking cessation. Addict Behav. 1988 ;13(2):205-208.

296. Willoch F, Rosen G, Tölle TR, Oye I, Wester HJ, Berner N, et al. Phantom limb pain in the human brain: unraveling neural circuitries of phantom limb sensations using positron emission tomography. Ann. Neurol. 2000 Déc ;48(6):842-849.

297. Yapko MD. Hypnosis and the treatment of depressions. Psychology Press; 1992.

298. Yapko MD. Treating depression with hypnosis. Psychology Press; 2001.

299. Yudkin P, Hey K, Roberts S, Welch S, Murphy M, Walton R. Abstinence from smoking eight years after participation in randomised controlled trial of nicotine patch. BMJ. 2003 Juillet 3;327(7405):28-29.

300. Zindel J. La relation hypnotique. Hypnose & Thérapies Brèves. 2008 Nov ;(7):6-26.

Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement et d'information pour le protocole « Hypnose et sevrage tabagique »

Annexe 2 : CRF T0 : Cahier de recueil d'information en début d'étude

Annexe 3 : CRF T1 : Cahier de recueil d'informations en fin de traitement

Annexe 4 : CRF T2 : Cahier de recueil d'informations en fin d'étude.

Annexe 5 : Consignes du test d'Ekman

Annexe 6 : Script des exercices d'hypnose.

Formulaire d'information et de consentement.

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à une étude concernant l'utilisation de l'hypnose médicale dans le sevrage tabagique. Il s'agit de recueillir des données sur des patients bénéficiant du traitement habituel pour le sevrage tabagique, auquel s'ajoute un certain nombre de séances d'hypnose médicale.
Il vous sera donc proposé en plus du traitement de sevrage habituellement prescrit, des séances avec un médecin hypnothérapeute, titulaire d'un diplôme universitaire d'Hypnose Médicale.

Cette technique thérapeutique est de plus en plus pratiquée par de nombreux médecins, et s'avère efficace dans différents domaines, mais tous ses mécanismes d'action ne sont pas encore totalement compris.
Afin de mieux comprendre les mécanismes de fonctionnement et l'efficacité de cette technique sur le tabagisme, il vous sera demandé à différentes étapes de l'étude de répondre à quelques auto-questionnaires brefs.

Cette étude fait partie d'un travail de recherche dans le cadre d'une thèse de Médecine.

Il m'a été précisé que :

Je suis libre d'accepter ou de refuser ainsi que d'arrêter à tout moment ma participation.
Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les investigateurs de l'étude, des spécialistes qu'ils solliciteraient ou par les autorités de santé. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur ou pour son compte en conformité avec la législation de la relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Je certifie que je suis bien affilié à un régime de sécurité sociale, ne pas être privé de liberté par une décision judiciaire ou administrative, ne pas être sous tutelle.
J'ai donné librement mon consentement pour participer à cette étude et me réserve le droit à tout moment d'interrompre ma participation sans en fournir la raison, et sans que cela ne me porte préjudice. J'ai été informé que l'étude peut être arrêtée pour des raisons médicales ou si cela est dans mon intérêt.

J'ai reçu une copie du présent document et j'ai été informé qu'une copie serait également conservée par le responsable de l'étude dans les conditions garantissant la confidentialité et j'y consens. J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées ci-dessus.

Je soussigné(e)..né(e) le.........................
Déclare accepter le programme de recherche intitulé :
Hypnose Médicale et Sevrage Tabagique 2009
Proposé par le Docteur GILLET dans les conditions précisées ci-dessus.
Fait à NANCY

Nom, date et signature de l'investigateur
qui m'a donné l'information et recueilli
le consentement éclairé

Nom, date et signature du patient
précédé de la mention
«Lu, compris et approuvé »

Cahier d'observations TO: Protocole Hypnose et Tabagisme

2009

Investigateurs : Pr Schwan R. / Dr Gillet C.

Co-Investigateur : P. AÏM, Interne

Patient : _ _ _ _ _ (3 premières lettres du Nom – 2 premières lettres du Prénom)

Numéro d'anonymat : _ _ _ _ _ _

Date :

Inclusion : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Evaluation T0 : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Sortie de l'essai :

Notice :

Le patient inclus recevra des mains de l'investigateur lors de l'inclusion le consentement éclairé qu'il devra signer en deux exemplaires : un exemplaire (sans en-tête ni pied de page) reste au patient, un autre (celui avec un en-tête précisant qu'il s'agit de la page 2) restera dans le dossier.

L'investigateur devra également remplir les renseignements de la page 3.

Le jour de la première séance d'hypnose le patient recevra l'auto-questionnaire (pages 4 à 10)

Une hétéro-évaluation aura lieu lors de la première intervention (pages 11-12).

Certaines données seront reprises par l'interne à partir du dossier du service (pages 13- 14).

Formulaire d'information et de consentement.

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à une étude concernant l'utilisation de l'hypnose médicale dans le sevrage tabagique. Il s'agit de recueillir des données sur des patients bénéficiant du traitement habituel pour le sevrage tabagique, auquel s'ajoute un certain nombre de séances d'hypnose médicale.

Il vous sera donc proposé en plus du traitement de sevrage habituellement prescrit, des séances avec un médecin hypnothérapeute, titulaire d'un diplôme universitaire d'Hypnose Médicale.

Cette technique thérapeutique est de plus en plus pratiquée par de nombreux médecins, et s'avère efficace dans différents domaines, mais tous ses mécanismes d'action ne sont pas encore totalement compris.

Afin de mieux comprendre les mécanismes de fonctionnement et l'efficacité de cette technique sur le tabagisme, il vous sera demandé à différentes étapes de l'étude de répondre à quelques auto-questionnaires brefs.

Cette étude fait partie d'un travail de recherche dans le cadre d'une thèse de Médecine.

Il m'a été précisé que :

Je suis libre d'accepter ou de refuser ainsi que d'arrêter à tout moment ma participation.
Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les investigateurs de l'étude, des spécialistes qu'ils solliciteraient ou par les autorités de santé. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur ou pour son compte en conformité avec la législation de la relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Je certifie que je suis bien affilié à un régime de sécurité sociale, ne pas être privé de liberté par une décision judiciaire ou administrative, ne pas être sous tutelle.
J'ai donné librement mon consentement pour participer à cette étude et me réserve le droit à tout moment d'interrompre ma participation sans en fournir la raison, et sans que cela ne me porte préjudice. J'ai été informé que l'étude peut être arrêtée pour des raisons médicales ou si cela est dans mon intérêt.

J'ai reçu une copie du présent document et j'ai été informé qu'une copie serait également conservée par le responsable de l'étude dans les conditions garantissant la confidentialité et j'y consens. J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées ci-dessus.

Je soussigné(e)... né(e) le.........................
Déclare accepter le programme de recherche intitulé :
Hypnose Médicale et Sevrage Tabagique 2009
Proposé par le Docteur GILLET dans les conditions précisées ci-dessus.
Fait à NANCY

Nom, date et signature de l'investigateur qui m'a donné l'information et recueilli le consentement éclairé

Nom, date et signature du patient précédé de la mention «Lu, compris et approuvé»

Partie 1 : Hétéro-questionnaire inclusion

Données à remplir en plus du dossier habituel (page3) :

Poids : _ _ Taille : _ m _ _

Antécédents détaillés :

Médicaux :

Chirurgicaux (et/ou obstétricaux) :

Psychiatriques :

Pathologies et/ou traitements actuels :

Critères d'inclusion :

☐ Pas d'addiction active autre que le tabac
☐ Pas de pathologie psychiatrique en cours de décompensation (pathologie soignée ou équilibrée = OK)
☐ Pas d'antécédent de trouble psychotique (y compris soigné ou équilibré)
☐ Pas de contre-indication à bénéficier du traitement standard
☐ Consentement à l'étude

Faire signer le consentement en deux exemplaires

Laisser un exemplaire au patient et garder l'exemplaire numéroté « page 2 »

Partie 2 : **Auto-questionnaires T0 (p.4 à 10)**

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à une étude sur les effets de l'hypnose dans l'arrêt du tabac et nous vous en remercions.

Afin de recueillir quelques informations, nous allons vous demander de répondre aux quelques questions suivantes. Merci de vérifier que les questionnaires vont bien de la page 4 à 10, de bien répondre à toutes les questions, et de ne rien remplir dans l'en-tête des feuilles.

Il y a deux parties à remplir : la première concerne votre tabagisme actuel, et la deuxième, appelé BATE, se compose de deux questionnaires concernant votre état actuel et votre caractère habituel.

1. Questionnaire TABAC :

Quel est votre tabagisme actuel ?

Environ_ _ cigarettes par jour

Si vous avez déjà tenté d'arrêter de fumer, quelles méthodes avez-vous utilisées (plusieurs réponses possibles):

☐ Sans aide particulière, seul

☐ Substituts nicotiniques

☐ Conseils d'un spécialiste

☐ Zyban ® (Bupropion)

☐ Champix ® (Varenicline)

☐ Psychothérapie

☐ Hypnose

☐ Acuponcture

☐ Autre :______________________________

Nombre de tentatives : _ _

Durée maximale d'abstinence : ____________________

Date (approximative) de la dernière tentative :____________________

Quelles ont été les causes de rechute ?

☐ Stress

☐ Moment convivial
☐ Manque

☐ Prise de poids

☐ Autre (précisez____)

Qui fume autour de vous ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Personne

☐ Conjoint ou partenaire vivant avec vous

☐ Conjoint ou partenaire ne vivant pas avec vous

☐ Parent de premier degré (enfants, parents, frères-soeurs) vivant avec vous

☐ Parent de premier degré ne vivant pas avec vous

☐ Autres personnes vivant avec vous (co-locataire…)

☐ Collègues de travail

☐ Amis

Autre (précisez ____)

2. Questionnaire BATE :

Il s'agit d'une série de deux questionnaires sur les pages suivantes, auxquels il vous est demandé de répondre le plus spontanément et le plus honnêtement possible.

Le premier porte sur votre état au cours de ces huit derniers jours, le second sur votre état habituel, c'est-à-dire votre personnalité, votre caractère.

Questionnaire BATE 1 :

Vous trouverez ci-dessous une série de phrases qui portent sur votre **état actuel**, c'est-à-dire la façon dont vous vous êtes senti(e) **au cours de ces huit derniers jours**. Si la phrase se rapporte tout à fait à votre état, vous cocherez la case « 4 Tout à fait vrai » ; si elle ne se rapporte pas du tout à votre état, vous cocherez la case « 0 Tout à fait faux ». Si vous voulez nuancer votre jugement, vous choisirez les cases intermédiaires (si cela est un peu vrai vous cocherez la case 1, si cela est assez vrai sans être tout à fait caractéristique de votre état, alors vous cocherez la case 3) Il est important que vous choisissiez votre réponse en fonction de **votre état de ces huit derniers jours.**	0 Tout à fait faux, Jamais	1 Quelquefois ou un peu	2 Assez vrai ou assez souvent	3 Vrai ou souvent	4 Tout à fait vrai ou toujours
1 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai senti que j'avais la gorge nouée.					
2 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis fait du souci à propos de tout et de rien					
3 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai ressenti une impression de tension, j'étais contracté(e), tendu(e), sur les nerfs.					
4 J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, la chair de poule ou des frissons qui n'étaient pas dus au froid.					
5 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de penser que j'étais inutile et que je ne servais pas à grand-chose.					
6 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis fait du mauvais sang pour rien.					
7 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai été constipé(e)					
8 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de pleurer.					
9 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de faire des cauchemars.					
10 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu des palpitations qui n'étaient pas liées à un effort.					
11 En ce moment, je ne supporte pas la foule.					
12 En ce moment, je sens que je ne pourrais pas supporter la vue d'un serpent.					
13 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu le vertige.					
14 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis évanoui(e).					
15 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de transpirer sans que cela soit dû à une température élevée.					
16 Au cours de ces huit derniers jours, j'étais agité(e) au point de ne pouvoir rester en place.					
17 J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, des envies de manger.					

18 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis senti(e) oppressé(e).					
19 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de rougir.					
20 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai été tourmenté(e) par l'opinion des autres sur moi.					
21 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de trembler.					
22 En ce moment, je me sens fatigué(e).					
23 En ce moment, je ne me sens pas heureux (se)					
24 En ce moment, j'ai l'impression que je ne suis bon(ne) à rien.					
25 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai éprouvé une peur diffuse de l'avenir que je n'arrive pas à expliquer.					
26 Au cours de ces huit derniers jours, je ne pouvais pas rester seul(e),la solitude me faisait peur.					
27 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu des maux d'estomac.					
28 En ce moment, je redoute de monter en voiture.					
29 J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, les pieds ou les mains glacés.					
30 En ce moment, je sais que je ne pourrais pas supporter la vue d'unrat.					
31 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu mal à la tête.					
32 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé d'appréhender le pire, d'avoir le pressentiment qu'il allait m'arriver quelque chose de mauvais.					
33 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu la diarrhée.					
34 En ce moment, je sens que je ne pourrais pas supporter la vue d'une araignée.					
35 Au cours de ces huit derniers jours, j'étais tellement énervé(e) que j'avais du mal à m'endormir.					
36 En ce moment, je ne peux pas rester dans l'obscurité, j'ai peur du Noir					
37 Au cours de ces huit derniers jours, cela m'énervait d'être obligé(e)d'attendre					

Questionnaire BATE 2 :

Vous trouverez ci-dessous une série de phrases qui portent sur votre **tempérament** votre **personnalité** votre **caractère.** Si la phrase se rapporte tout à fait à votre état, vous cocherez la case « 4 Tout à fait vrai » ; si elle ne se rapporte pas du tout à votre état, vous cocherez la case « 0 Tout à fait faux ». Si vous voulez nuancer votre jugement, vous choisirez les cases intermédiaires (si cela est un peu vrai vous cocherez la case 1, si cela est assez vrai sans être tout à fait caractéristique de votre état, alors vous cocherez la case 3) Il est très important que vous choisissiez votre réponse en fonction de **votre tempérament habituel**, c'est-à-dire de votre caractère.	**0 Tout à fait faux, Jamais**	**1 Quelquefois ou un peu**	**2 Assez vrai ou assez souvent**	**3 Vrai ou souvent**	**4 Tout à fait vrai ou toujours**

1 J'ai peur des rats.					
2 J'ai tendance à être tellement énervé(e) que j'ai du mal à m'endormir.					
3 J'ai tendance à me faire du souci à propos de tout et de rien.					
4 J'ai tendance à être constipé(e).					
5 J'ai peur des araignées.					
6 J'éprouve habituellement une peur diffuse de l'avenir que je n'arrive pas à expliquer.					
7 Je suis habituellement fatigable.					
8 Je suis sujet(te) à des tremblements.					
9 J'ai toujours envie de manger.					
10 Enfant, j'étais d'une santé fragile.					
11 J'ai tendance à m'évanouir facilement.					
12 J'ai tendance à penser qu'il va arriver quelque chose de mauvais ;j'appréhende le pire.					
13 J'ai tendance à me tourmenter à propos de ce que les gens pensent de moi.					
14 Lorsque j'étais petit(e), mes parents étaient sévères avec moi.					
15 Je suis sujet(te) à des périodes d'agitation au cours desquelles je suis incapable de rester en place.					
16 J'ai tendance à me faire du mauvais sang pour rien.					
17 Je me sens pas heureux(se) en général.					

18 J'ai tendance à avoir peur de la foule.					
19 J'ai facilement des maux d'estomac.					
20 Je suis habituellement tendu(e) et contracté(e), sur les nerfs.					
21 J'ai tendance à transpirer facilement même lorsqu'il ne fait pas très chaud.					
22 Je suis facilement oppressé(e).					
23 Lorsque j'étais petit(e), mes parents souhaitaient que je fasse du sport.					
24 J'ai tendance à me dire que je ne suis bon(ne) à rien.					
25 J'ai tendance à avoir la diarrhée.					
26 J'ai tendance à avoir la gorge nouée (serrée).					
27 J'ai tendance à avoir les pieds ou les mains glacés.					
28 Je suis prédisposé(e) à avoir des maux de tête.					
29 J'ai peur de serpents.					
30 J'ai tendance à avoir le vertige.					
31 En général, j'ai peur en voiture.					
32 En général, je pleure facilement.					
33 J'ai tendance à faire des cauchemars.					
34 En général, cela m'énerve d'être obligé(e) d'attendre.					
35 En général, je n'aime pas l'obscurité, j'ai peur du noir.					
36 J'ai tendance à avoir la chair de poule ou des frissons même s'il ne fait pas froid.					
37 J'ai tendance à penser que je ne sers pas à grand-chose, que je suis inutile					
38 Je rougis facilement.					
39 Habituellement, je n'aime pas rester seul(e) la solitude me fait peur.					
40 J'ai tendance à avoir des palpitations sans que cela s'explique par un effort.					

Partie 3 : Données à recueillir 1ère Intervention (p 11-12):

EKMAN
SCORESHEET POST PRE

A-1-02	n	
A-1-06	H	
A-1-14	C	
A-1-24	E	
A-1-25	D	
A-2-06	T	
C-1-04	D	
C-1-10	E	
C-1-18	T	
C-1-23	P	
C-2-03	n	
C-2-12	C	
C-2-18	H	
EM-2-04	n	
EM-2-11	E	
EM-4-07	H	
EM-4-17	D	
EM-4-24	T	
EM-5-14	C	
EM-5-21	P	
EM-5-24	P	
GS-1-04	n	
GS-1-08	H	
GS-1-16	E	
GS-1-25	P	
GS-2-01	T	
GS-2-08	C	
GS-2-25	D	
JB-1-03	n	
JB-1-09	H	
JB-1-12	E	
JB-1-16	D	
JB-1-23	C	
JJ-3-04	n	
JJ-3-12	C	
JJ-3-20	D	
JJ-4-07	H	
JJ-4-08	H	
JJ-4-13	E	
JJ-5-05	T	
JJ-5-13	P	
JM-1-04	H	
JM-1-09	n	

JM-1-16	E	
JM-2-08	D	
JM-3-11	T	
JM-5-03	C	
MF-1-02	n	
MF-1-06	H	
MF-1-09	E	
MF-1-26	P	
MF-1-27	P	
MF-1-30	T	
MF-2-05	C	
MF-2-07	C	
MF-2-13	D	
MO-1-04	H	
MO-1-05	n	
MO-1-14	E	
MO-1-23	P	
MO-1-26	P	
MO-1-30	T	
MO-2-11	C	
MO-2-13	C	
MO-2-18	D	
NR-1-03	n	
NR-1-06	H	
NR-1-14	E	
NR-1-19	P	
NR-2-07	C	
NR-2-15	T	
NR-3-29	D	
PE-2-04	n	
PE-2-06	H	
PE-2-12	H	
PE-2-21	C	
PE-2-31	T	
PE-3-16	P	
PE-3-21	P	
PE-4-05	D	
PE-5-07	T	
PE-5-10	T	
PE-6-02	E	
PF-1-02	n	
PF-1-05	H	
PF-1-06	H	

PF-1-16	E	
PF-1-24	D	
PF-2-04	C	
PF-2-12	T	
PF-2-16	T	
PF-2-30	P	
SW-1-16	E	
SW-1-30	D	
SW-2-16	T	
SW-2-30	P	
SW-3-03	n	
SW-3-09	H	
SW-4-09	C	
WF-2-05	n	
WF-2-11	H	
WF-2-12	H	
WF-2-16	E	
WF-3-01	C	
WF-3-04	C	
WF-3-11	D	
WF-3-16	P	
WF-3-28	T	
WF-4-22	D	
WF-5-06	T	

Taux de CO dans l'air expiré : ______________

Séance d'hypnose :

Remarques éventuelles :

____

____

____

____

Partie 4 : « A recopier » des auto-questionnaires du dossier tabacologie (p13-14):

A reprendre de la « fiche initiale » Beige

Age : _ _ Sexe : _

Niveau d'études : _ _ _ _ _ _

Profession : _ _ _ _ _ _ _ _

Origine de la prise en charge en tabacologie:

☐ Démarche personnelle

☐ Proches

☐ Structure spécialisée dans les addictions

(préciser : ____)

☐ Structure ou intervenant de santé hors addictologie

(préciser : ____)

Mode de vie, entourage :

☐Seul

☐Chez ses deux parents

☐Chez son père

☐Chez sa mère

☐Seul avec enfant

☐En couple sans enfant

☐En couple avec enfant (s)

☐Avec des amis

☐Autre
(Préciser) :____)

Nombre d'Enfants : _ _ dont enfants à charge : _ _

A recopier de la fiche « consommation de tabac » jaune :

Tabagisme actuel : _ _

Tabagisme depuis (1ère cigarette) : _ _/ _ _/ _ _ _ _

Consommation quotidienne depuis : _ _/ _ _/ _ _ _ _

____

Soit _ _ Paquets-Années

Nombre de tentatives précédentes d'arrêt (au moins 7 jours): _ _

Résultat au Test de Fagerström : _ _

EVA : Motivation pour arrêter de fumer : _ _

EVA : Evaluez vos chances de réussite : _ _

HAD :

Anxiété : _ _

Dépression : _ _

Cahier d'observations T1 : Protocole Hypnose et Tabagisme

2009

Investigateurs : Pr Schwan R. / Dr Gillet C.

Co-Investigateur : P. AÏM, Interne

Patient : ___ __ (3 premières lettres du Nom – 2 premières lettres du Prénom)

Numéro d'anonymat : ______

Dates :

Evaluation T1 : __/__/____

Sortie de l'essai :

Notice :

Lors du troisième rendez-vous, le patient recevra les auto-questionnaires : pages 3 à 10.

D'autres données seront recueillies (page 2)

Partie 2 : Données à recueillir dernière intervention (p 2):

Taux de CO dans l'air expiré : ....

Remarques éventuelles :

Partie 2 : Auto-questionnaires T1 (p 3 à 10)

Madame, Monsieur,

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Comme au début de votre prise en charge, afin de recueillir quelques informations, nous allons vous demander de répondre aux quelques questions suivantes.

Merci de vérifier que les questionnaires vont bien de la page 3 à 10, de bien répondre à toutes les questions, et de ne rien remplir dans l'en-tête des feuilles.

Il y a trois parties à remplir : la première concerne votre relation actuelle avec le tabac, la deuxième, appelé BATE, se compose de deux questionnaires concernant votre état actuel et votre caractère habituel, enfin la troisième concerne votre vécu sur l'hypnose et votre pratique éventuelle de l'autohypnose.

1. TABAC :

Depuis le début de la prise en charge actuelle par hypnose, avez-vous recouru en parallèle à d'autres moyens :

☐ Substituts nicotiniques (précisez (patches, gommes, inhaleurs....) : ________________________)

☐ Zyban ® (Bupropion)

☐ Champix ® (Varenicline)

☐ Conseils d'un spécialiste du tabac

☐ Psychothérapie

☐ Acuponcture

☐ Autre :____

Fumez vous ?

☐ Oui, autant qu'avant
☐ Oui, moins qu'avant
☐ Non

Si vous fumez toujours (Si vous ne fumez plus, passez à la page 4):
Quel est votre tabagisme actuel environ ?

☐ _ _ cigarettes par jour.
☐ Moins d'une cigarette par jour

1.Quand fumez-vous votre première cigarette après le réveil ?

☐ Dans les 5 premières minutes
☐ Entre 6-30 minutes
☐ Entre 31-60 minutes
☐ Après 60 minutes

2.Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (église, bibliothèque, cinéma, train, avion, etc.)

☐ Oui
☐ Non

3.Quelle est la cigarette que vous détesteriez le plus perdre ?

☐ La première le matin
☐ Une autre

4.Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

☐ 10 ou moins
☐ 11-20
☐ 21-30
☐ 31 ou plus

5.Fumez-vous davantage pendant les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

☐ Oui
☐ Non

6.Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ?

☐ Oui
☐ Non

<u>Depuis le début de votre prise en charge actuelle par hypnose:</u>

☐ J'ai arrêté puis j'ai repris
☐ Je n'ai pas arrêté

<u>Qu'est-ce qui selon vous à empêché que vous arrêtiez ou vous à fait rechuter :</u>

☐ Le stress habituel
☐ Un événement stressant qui n'était pas présent au début
☐ Un moment convivial
☐ La prise de poids ou la peur de la prise de poids
☐ Manque / Dépendance
☐ Autre, précisez : ______________________________

<u>Comment vous sentez-vous face à l'arrêt du tabac :</u>

☐ Finalement je ne compte pas arrêter pour l'instant, ma consommation restera la même qu'avant
☐ Finalement je ne compte pas arrêter pour l'instant, mais je compte avoir une consommation moindre qu'avant
☐ Je pense que je peux arrêter et je compte le faire, mais j'ai peut-être encore besoin d'aide en tabacologie
☐ Je pense que je peux arrêter et je compte le faire, mais j'ai peut-être besoin d'autres séances d'hypnose
☐ Avec l'aide que j'ai reçue ces derniers temps, je pense arrêter bientôt

2. Questionnaire BATE :

Il s'agit d'une série de deux questionnaires sur les pages suivantes, auxquels il vous est demandé de répondre le plus spontanément et le plus honnêtement possible.

Le premier porte sur votre état au cours de ces huit derniers jours, le second sur votre état habituel, c'est-à-dire votre personnalité, votre caractère.

Questionnaire BATE 1 :

Vous trouverez ci-dessous une série de phrases qui portent sur votre **état actuel**, c'est-à-dire la façon dont vous vous êtes senti(e) **au cours de ces huit derniers jours**. Si la phrase se rapporte tout à fait à votre état, vous cocherez la case « 4 Tout à fait vrai » ; si elle ne se rapporte pas du tout à votre état, vous cocherez la case « 0 Tout à fait faux ». Si vous voulez nuancer votre jugement, vous choisirez les cases intermédiaires (si cela est un peu vrai vous cocherez la case 1, si cela est assez vrai sans être tout à fait caractéristique de votre état, alors vous cocherez la case 3) Il est important que vous choisissiez votre réponse en fonction de **votre état de ces huit derniers jours.**	**0 Tout à fait faux, Jamais**	**1 Quelquefois ou un peu**	**2 Assez vrai ou assez souvent**	**3 Vrai ou souvent**	**4 Tout à fait vrai ou toujours**
1 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai senti que j'avais la gorge nouée.					
2 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis fait du souci à propos de tout et de rien					
3 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai ressenti une impression de tension, j'étais contracté(e), tendu(e), sur les nerfs.					
4 J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, la chair de poule ou des frissons qui n'étaient pas dus au froid.					
5 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de penser que j'étais inutile et que je ne servais pas à grand-chose.					
6 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis fait du mauvais sang pour rien.					
7 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai été constipé(e)					
8 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de pleurer.					
9 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de faire des cauchemars.					
10 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu des palpitations qui n'étaient pas liées à un effort.					
11 En ce moment, je ne supporte pas la foule.					
12 En ce moment, je sens que je ne pourrais pas supporter la vue d'un serpent.					
13 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu le vertige.					
14 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis évanoui(e).					
15 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de transpirer sans que cela soit dû à une température élevée.					
16 Au cours de ces huit derniers jours, j'étais agité(e) au point de ne pouvoir rester en place.					
17 J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, des envies de manger.					

18 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis senti(e) oppressé(e).					
19 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de rougir.					
20 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai été tourmenté(e) par l'opinion des autres sur moi.					
21 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de trembler.					
22 En ce moment, je me sens fatigué(e).					
23 En ce moment, je ne me sens pas heureux (se)					
24 En ce moment, j'ai l'impression que je ne suis bon(ne) à rien.					
25 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai éprouvé une peur diffuse de l'avenir que je n'arrive pas à expliquer.					
26 Au cours de ces huit derniers jours, je ne pouvais pas rester seul(e),la solitude me faisait peur.					
27 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu des maux d'estomac.					
28 En ce moment, je redoute de monter en voiture.					
29 J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, les pieds ou les mains glacés.					
30 En ce moment, je sais que je ne pourrais pas supporter la vue d'un rat.					
31 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu mal à la tête.					
32 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé d'appréhender le pire, d'avoir le pressentiment qu'il allait m'arriver quelque chose de mauvais.					
33 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu la diarrhée.					
34 En ce moment, je sens que je ne pourrais pas supporter la vue d'une araignée.					
35 Au cours de ces huit derniers jours, j'étais tellement énervé(e) que j'avais du mal à m'endormir.					
36 En ce moment, je ne peux pas rester dans l'obscurité, j'ai peur du Noir					
37 Au cours de ces huit derniers jours, cela m'énervait d'être obligé(e)d'attendre					

Questionnaire BATE 2 :

Vous trouverez ci-dessous une série de phrases qui portent sur votre **tempérament** votre **personnalité** votre **caractère.** Si la phrase se rapporte tout à fait à votre état, vous cocherez la case « 4 Tout à fait vrai » ; si elle ne se rapporte pas du tout à votre état, vous cocherez la case « 0 Tout à fait faux ». Si vous voulez nuancer votre jugement, vous choisirez les cases intermédiaires (si cela est un peu vrai vous cocherez la case 1, si cela est assez vrai sans être tout à fait caractéristique de votre état, alors vous cocherez la case 3) Il est très important que vous choisissiez votre réponse en fonction de **votre tempérament habituel**, c'est-à-dire de votre caractère.	**0 Tout à fait faux, Jamais**	**1 Quelquefois ou un peu**	**2 Assez vrai ou assez souvent**	**3 Vrai ou souvent**	**4 Tout à fait vrai ou toujours**

1 J'ai peur des rats.					
2 J'ai tendance à être tellement énervé(e) que j'ai du mal à m'endormir.					
3 J'ai tendance à me faire du souci à propos de tout et de rien.					
4 J'ai tendance à être constipé(e).					
5 J'ai peur des araignées.					
6 J'éprouve habituellement une peur diffuse de l'avenir que je n'arrive pas à expliquer.					
7 Je suis habituellement fatigable.					
8 Je suis sujet(te) à des tremblements.					
9 J'ai toujours envie de manger.					
10 Enfant, j'étais d'une santé fragile.					
11 J'ai tendance à m'évanouir facilement.					
12 J'ai tendance à penser qu'il va arriver quelque chose de mauvais ; j'appréhende le pire.					
13 J'ai tendance à me tourmenter à propos de ce que les gens pensent de moi.					
14 Lorsque j'étais petit(e), mes parents étaient sévères avec moi.					
15 Je suis sujet(te) à des périodes d'agitation au cours desquelles je suis incapable de rester en place.					
16 J'ai tendance à me faire du mauvais sang pour rien.					
17 Je me sens pas heureux(se) en général.					

18 J'ai tendance à avoir peur de la foule.					
19 J'ai facilement des maux d'estomac.					
20 Je suis habituellement tendu(e) et contracté(e), sur les nerfs.					
21 J'ai tendance à transpirer facilement même lorsqu'il ne fait pas très chaud.					
22 Je suis facilement oppressé(e).					
23 Lorsque j'étais petit(e), mes parents souhaitaient que je fasse du sport.					
24 J'ai tendance à me dire que je ne suis bon(ne) à rien.					
25 J'ai tendance à avoir la diarrhée.					
26 J'ai tendance à avoir la gorge nouée (serrée).					
27 J'ai tendance à avoir les pieds ou les mains glacés.					
28 Je suis prédisposé(e) à avoir des maux de tête.					
29 J'ai peur de serpents.					
30 J'ai tendance à avoir le vertige.					
31 En général, j'ai peur en voiture.					
32 En général, je pleure facilement.					
33 J'ai tendance à faire des cauchemars.					
34 En général, cela m'énerve d'être obligé(e) d'attendre.					
35 En général, je n'aime pas l'obscurité, j'ai peur du noir.					
36 J'ai tendance à avoir la chair de poule ou des frissons même s'il ne fait pas froid.					
37 J'ai tendance à penser que je ne sers pas à grand-chose, que je suis inutile					
38 Je rougis facilement.					
39 Habituellement, je n'aime pas rester seul(e) la solitude me fait peur.					
40 J'ai tendance à avoir des palpitations sans que cela s'explique par un effort.					

3. Questionnaire Auto-Hypnose :

Depuis le début de cette étude, avez-vous eu recours à l'autohypnose ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, a quelle fréquence environ?
☐ Plusieurs fois par semaine
☐ Plusieurs fois par jour
☐ Une fois par semaine
☐ Moins d'une fois par semaine

Pendant quelle période ?
☐ Entre les séances
☐ Après la dernière séance
Autre :____

En quelles circonstances (plusieurs réponses possibles):
☐ De façon régulière sans circonstance particulière
☐ Quand une envie de fumer vient ou risque de venir
☐ Quand l'envie ou le besoin vous prenait de faire de l'auto-hypnose

Avez-vous constaté des changements dans votre vie depuis que vous avez eu recours à l'hypnose ?
☐ Oui
☐ Non

Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles):
☐ J'ai l'impression de mieux me connaitre
☐ Je me sens plus épanoui(e)
☐ Je suis de meilleure humeur
☐ Je me sens plus détendu(e) / moins stressé(e)
☐ Je me sens plus à l'aise
☐ Je me sens plus présent au monde qui m'entoure
☐ J'ai amélioré les relations avec mon entourage
☐ J'ai résolu certains problèmes ou certaines difficultés autres que le tabac
☐ Je dors mieux
☐ Autres : ____

Quelles que soient les réponses à vos questions précédentes, quelle est votre niveau de satisfaction d'avoir découvert ou pu bénéficier de l'hypnose : _/10

Cahier d'observations T2 : Protocole Hypnose et Tabagisme

2009

Investigateurs : Pr Schwan R. / Dr Gillet C.

Co-Investigateur : P. AÏM, Interne

Patient : ___ __ (3 premières lettres du Nom – 2 premières lettres du Prénom)

Numéro d'anonymat : ______

Dates :

Evaluation T2 : __/__/____

Sortie de l'essai :

____

____

Partie 2 : Données à recueillir dernière intervention (p 2):

Taux de CO dans l'air expiré : ....

Remarques éventuelles :

Partie 2 : Auto-questionnaires T1 (p 3 à 11)

Madame, Monsieur,

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Comme au début de votre prise en charge, afin de recueillir quelques informations, nous allons vous demander de répondre aux quelques questions suivantes.

Merci de vérifier que les questionnaires vont bien de la page 3 à 11, de bien répondre à toutes les questions, et de ne rien remplir dans l'en-tête des feuilles.

Il y a trois parties à remplir : la première concerne votre relation actuelle avec le tabac, la deuxième, appelé BATE, se compose de deux questionnaires concernant votre état actuel et votre caractère habituel, enfin la troisième concerne votre vécu sur l'hypnose et votre pratique éventuelle de l'autohypnose.

4. TABAC :

Depuis la fin de la prise en charge par hypnose, avez-vous recouru en parallèle à d'autres moyens :

☐ Substituts nicotiniques (précisez (patches, gommes, inhaleurs....) : ________________________)

☐ Zyban ® (Bupropion)

☐ Champix ® (Varenicline)

☐ Conseils ou consultations d'un spécialiste du tabac

☐ Psychothérapie

☐ Acuponcture

☐ Autre :____

Actuellement, avez-vous encore recours en parallèle à d'autres moyens face au tabac:

☐ Substituts nicotiniques (précisez (patches, gommes, inhaleurs....) : ________________________)

☐ Zyban ® (Bupropion)

☐ Champix ® (Varenicline)

☐ Conseils ou consultations d'un spécialiste du tabac

☐ Psychothérapie

☐ Acuponcture

☐ Autre :____

Fumez vous ?

- ☐ Oui, autant qu'avant
- ☐ Oui, moins qu'avant
- ☐ Non

Si vous ne fumez plus (plusieurs réponses possibles):

- ☐ C'est grâce à l'hypnose ou à l'autohypnose
- ☐ C'est grâce à la prise en charge médicamenteuse
- ☐ C'est grâce à votre propre volonté
- ☐ Autre : ______________________________

Si vous fumez toujours (Si vous ne fumez plus, passez à la page 6):
Quel est votre tabagisme actuel environ ?

- ☐ _ _ cigarettes par jour.
- ☐ Moins d'une cigarette par jour

1.Quand fumez-vous votre première cigarette après le réveil ?

- ☐ Dans les 5 premières minutes
- ☐ Entre 6-30 minutes
- ☐ Entre 31-60 minutes
- ☐ Après 60 minutes

2.Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (église, bibliothèque, cinéma, train, avion, etc.)

- ☐ Oui
- ☐ Non

3.Quelle est la cigarette que vous détesteriez le plus perdre ?

- ☐ La première le matin
- ☐ Une autre

4.Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- ☐ 10 ou moins
- ☐ 11-20
- ☐ 21-30
- ☐ 31 ou plus

5.Fumez-vous davantage pendant les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6.Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Depuis la fin de votre prise en charge par hypnose:

☐ J'ai arrêté puis j'ai repris (durée de l'arrêt : ....)
☐ Je n'ai pas arrêté

Qu'est-ce qui selon vous à empêché que vous arrêtiez ou vous à fait rechuter :

☐ Le stress habituel
☐ Un événement stressant qui n'était pas présent au début
☐ Un moment convivial
☐ La prise de poids ou la peur de la prise de poids
☐ Manque / Dépendance
☐ Autre, précisez : ________________________________

Comment vous sentez-vous face à l'arrêt du tabac :

☐ Finalement je ne compte pas arrêter pour l'instant, ma consommation restera la même
☐ Finalement je ne compte pas arrêter pour l'instant, mais je compte avoir une consommation moindre
☐ Je pense que je peux arrêter et je compte le faire, mais j'ai peut-être encore besoin d'aide en tabacologie
☐ Je pense que je peux arrêter et je compte le faire, mais j'ai peut-être besoin d'autres séances d'hypnose
☐ Avec l'aide que j'ai reçue ces derniers temps, je pense arrêter bientôt

5. Questionnaire BATE :

Il s'agit d'une série de deux questionnaires sur les pages suivantes, auxquels il vous est demandé de répondre le plus spontanément et le plus honnêtement possible.

Le premier porte sur votre état au cours de ces huit derniers jours, le second sur votre état habituel, c'est-à-dire votre personnalité, votre caractère.

Questionnaire BATE 1 :

Vous trouverez ci-dessous une série de phrases qui portent sur votre **état actuel**, c'est-à-dire la façon dont vous vous êtes senti(e) **au cours de ces huit derniers jours**. Si la phrase se rapporte tout à fait à votre état, vous cocherez la case « 4 Tout à fait vrai » ; si elle ne se rapporte pas du tout à votre état, vous cocherez la case « 0 Tout à fait faux ». Si vous voulez nuancer votre jugement, vous choisirez les cases intermédiaires (si cela est un peu vrai vous cocherez la case 1, si cela est assez vrai sans être tout à fait caractéristique de votre état, alors vous cocherez la case 3) Il est important que vous choisissiez votre réponse en fonction de **votre état de ces huit derniers jours.**	**0 Tout à fait faux, Jamais**	**1 Quelquefois ou un peu**	**2 Assez vrai ou assez souvent**	**3 Vrai ou souvent**	**4 Tout à fait vrai ou toujours**
1 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai senti que j'avais la gorge nouée.					
2 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis fait du souci à propos de tout et de rien					
3 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai ressenti une impression de tension, j'étais contracté(e), tendu(e), sur les nerfs.					
4 J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, la chair de poule ou des frissons qui n'étaient pas dus au froid.					
5 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de penser que j'étais inutile et que je ne servais pas à grand-chose.					
6 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis fait du mauvais sang pour rien.					
7 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai été constipé(e)					
8 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de pleurer.					
9 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de faire des cauchemars.					
10 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu des palpitations qui n'étaient pas liées à un effort.					
11 En ce moment, je ne supporte pas la foule.					
12 En ce moment, je sens que je ne pourrais pas supporter la vue d'un serpent.					
13 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu le vertige.					
14 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis évanoui(e).					
15 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de transpirer sans que cela soit dû à une température élevée.					
16 Au cours de ces huit derniers jours, j'étais agité(e) au point de ne pouvoir rester en place.					
17 J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, des envies de manger.					

18 Au cours de ces huit derniers jours, je me suis senti(e) oppressé(e).					
19 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de rougir.					
20 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai été tourmenté(e) par l'opinion des autres sur moi.					
21 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de trembler.					
22 En ce moment, je me sens fatigué(e).					
23 En ce moment, je ne me sens pas heureux (se)					
24 En ce moment, j'ai l'impression que je ne suis bon(ne) à rien.					
25 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai éprouvé une peur diffuse de l'avenir que je n'arrive pas à expliquer.					
26 Au cours de ces huit derniers jours, je ne pouvais pas rester seul(e),la solitude me faisait peur.					
27 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu des maux d'estomac.					
28 En ce moment, je redoute de monter en voiture.					
29 J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, les pieds ou les mains glacés.					
30 En ce moment, je sais que je ne pourrais pas supporter la vue d'un rat.					
31 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu mal à la tête.					
32 Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé d'appréhender le pire, d'avoir le pressentiment qu'il allait m'arriver quelque chose de mauvais.					
33 Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu la diarrhée.					
34 En ce moment, je sens que je ne pourrais pas supporter la vue d'une araignée.					
35 Au cours de ces huit derniers jours, j'étais tellement énervé(e) que j'avais du mal à m'endormir.					
36 En ce moment, je ne peux pas rester dans l'obscurité, j'ai peur du Noir					
37 Au cours de ces huit derniers jours, cela m'énervait d'être obligé(e)d'attendre					

Questionnaire BATE 2 :

Vous trouverez ci-dessous une série de phrases qui portent sur votre **tempérament** votre **personnalité** votre **caractère.** Si la phrase se rapporte tout à fait à votre état, vous cocherez la case « 4 Tout à fait vrai » ; si elle ne se rapporte pas du tout à votre état, vous cocherez la case « 0 Tout à fait faux ». Si vous voulez nuancer votre jugement, vous choisirez les cases intermédiaires (si cela est un peu vrai vous cocherez la case 1, si cela est assez vrai sans être tout à fait caractéristique de votre état, alors vous cocherez la case 3) Il est très important que vous choisissiez votre réponse en fonction de **votre tempérament habituel**, c'est-à-dire de votre caractère.	**0 Tout à fait faux, Jamais**	**1 Quelquefois ou un peu**	**2 Assez vrai ou assez souvent**	**3 Vrai ou souvent**	**4 Tout à fait vrai ou toujours**
1 J'ai peur des rats.					
2 J'ai tendance à être tellement énervé(e) que j'ai du mal à m'endormir.					
3 J'ai tendance à me faire du souci à propos de tout et de rien.					
4 J'ai tendance à être constipé(e).					
5 J'ai peur des araignées.					
6 J'éprouve habituellement une peur diffuse de l'avenir que je n'arrive pas à expliquer.					
7 Je suis habituellement fatigable.					
8 Je suis sujet(te) à des tremblements.					
9 J'ai toujours envie de manger.					
10 Enfant, j'étais d'une santé fragile.					
11 J'ai tendance à m'évanouir facilement.					
12 J'ai tendance à penser qu'il va arriver quelque chose de mauvais ; j'appréhende le pire.					
13 J'ai tendance à me tourmenter à propos de ce que les gens pensent de moi.					
14 Lorsque j'étais petit(e), mes parents étaient sévères avec moi.					
15 Je suis sujet(te) à des périodes d'agitation au cours desquelles je suis incapable de rester en place.					
16 J'ai tendance à me faire du mauvais sang pour rien.					
17 Je me sens pas heureux(se) en général.					

18 J'ai tendance à avoir peur de la foule.					
19 J'ai facilement des maux d'estomac.					
20 Je suis habituellement tendu(e) et contracté(e), sur les nerfs.					
21 J'ai tendance à transpirer facilement même lorsqu'il ne fait pas très chaud.					
22 Je suis facilement oppressé(e).					
23 Lorsque j'étais petit(e), mes parents souhaitaient que je fasse du sport.					
24 J'ai tendance à me dire que je ne suis bon(ne) à rien.					
25 J'ai tendance à avoir la diarrhée.					
26 J'ai tendance à avoir la gorge nouée (serrée).					
27 J'ai tendance à avoir les pieds ou les mains glacés.					
28 Je suis prédisposé(e) à avoir des maux de tête.					
29 J'ai peur de serpents.					
30 J'ai tendance à avoir le vertige.					
31 En général, j'ai peur en voiture.					
32 En général, je pleure facilement.					
33 J'ai tendance à faire des cauchemars.					
34 En général, cela m'énerve d'être obligé(e) d'attendre.					
35 En général, je n'aime pas l'obscurité, j'ai peur du noir.					
36 J'ai tendance à avoir la chair de poule ou des frissons même s'il ne fait pas froid.					
37 J'ai tendance à penser que je ne sers pas à grand-chose, que je suis inutile					
38 Je rougis facilement.					
39 Habituellement, je n'aime pas rester seul(e) la solitude me fait peur.					
40 J'ai tendance à avoir des palpitations sans que cela s'explique par un effort.					

6. Questionnaire Auto-Hypnose :

Depuis la fin de la prise en charge par l'hypnose, avez-vous eu recours à l'autohypnose ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, a quelle fréquence environ?
☐ Plusieurs fois par semaine
☐ Plusieurs fois par jour
☐ Une fois par semaine
☐ Moins d'une fois par semaine

Pendant quelle période ?
☐ Plutôt au début
☐ Plutôt récemment
☐ Depuis le début et encore actuellement
Autre : ____

En quelles circonstances (plusieurs réponses possibles):
☐ De façon régulière sans circonstance particulière
☐ Quand une envie de fumer vient ou risque de venir
☐ Quand l'envie ou le besoin vous prenait de faire de l'auto-hypnose

Avez-vous constaté des changements dans votre vie depuis que vous avez eu recours à l'hypnose ?
☐ Oui
☐ Non

Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles):
☐ Je ne fume plus
☐ Je fume moins
☐ J'ai l'impression de mieux me connaitre
☐ Je me sens plus épanoui(e)
☐ Je suis de meilleure humeur
☐ Je me sens plus détendu(e) / moins stressé(e)
☐ Je me sens plus à l'aise
☐ Je me sens plus présent au monde qui m'entoure
☐ J'ai amélioré les relations avec mon entourage
☐ J'ai résolu certains problèmes ou certaines difficultés autres que le tabac
☐ Je dors mieux
☐ Autres : ____

Test d'Ekman de reconnaissance des émotions.

Vous allez voir des visages, ces visages peuvent exprimer une émotion parmi les 6 suivantes ou ne pas exprimer d'émotion = neutre.

Votre tâche est de trouver quelle est l'émotion que présente le visage tout en sachant que certains peuvent ne pas exprimer d'émotion.

Voici donc les réponses possibles :

NEUTRE (= PAS D'EMOTION)

JOIE

SURPRISE

TRISTESSE

COLERE

PEUR

DEGOUT

Scripts de certains exercices d'hypnose

Questions visant à créer la confusion et le recadrage.

Prendre parmi les questions suivantes selon la tournure de l'entretien préliminaire.

Comment vous sentez-vous maintenant? (réassurance) Avant que nous commencions la séance, je vais avoir à vous poser quelques questions. Mais si vous voulez, vous pouvez déjà vous installer confortablement dans ce fauteuil, dans la position qui vous semblera la plus adaptée. Mais peut-être vous-même avez-vous des questions sur tout cela ? Très bien. Soyez donc rassuré. Et si vous êtes d'accord je vais vous poser quelques questions. Avez-vous déjà été en état d'hypnose ?

Pour vous le tabac (la cigarette) c'est ? Une amie ? Un gout que j'aime ? Un signe de liberté ? Un moyen de m'occuper ? Un moyen de me détendre ? Un plaisir ? Ca me pèse ? Ca m'encombre ? Ca me dégoute ? Ca m'étouffe ?

Pour vous, arrêter de fumer c'est ? Impossible ? Une libération ? un sacrifice ? une précaution ?J'ai peur d'être obligé(e) de « manger pour compenser » ?J'ai peur d'être anxieux ? Avez-vous déjà arrêté ? Comment avez-vous fait pour arrêter ? Comment avez-vous fait pour recommencer ?

Pourquoi voulez vous arrêter maintenant ? Pourquoi voulez-vous vous arrêter puisque c'est si dur d'arrêter ? Pourquoi s'en prendre au tabac ? Ce qui vous plait dans le tabac ? Quelles sont vos motivations pour fumer ?Ce qui vous gêne dans le tabac ? Avez-vous des problèmes en relation avec le fait de fumer ? (Problème social, inertie, compulsion, substitution, solitude, désir d'auto-destruction...)

Quand on fume généralement, il y a des choses que l'on gagne et des choses auxquelles on renonce, c'est un peu comme toutes les choses de la vie. Par exemple en arrêtant : Que gagnez-vous ? Que perdez-vous ? (Quelle options pour ne pas ressentir cette perte ?) Qu'allez-vous cesser de perdre ?

Nous faisons tous des choses nuisibles, et il nous est possible de nous arrêter. Vous êtes content de vous arrêter maintenant ?

Peut-être qu'il ne faut pas trop faire d'efforts pour arrêter. Il est dur de combattre un ennemi. Arrêter de fumer, ce n'est pas une lutte, c'est un choix, auquel on peut renoncer. Arrêter de fumer peut-être positif, agréable, excitant. C'est quelque chose de bien qui peut être vécu avec de la joie

Vous êtes toujours d'accord pour arrêter de fumer maintenant? ça vous fait plaisir de vivre cette expérience?

Induction visuelle

Pourriez-vous regarder sur le mur d'en face ou bien au sol ou au dessus, comme vous le voulez...et laisser vos yeux se fixer dessus...et simplement vous centrer sur cette perception...le plus petit point sur lequel vos yeux peuvent se poser et simplement attendre...et pendant que vous continuerez à attendre...peut-être pouvez vous commencer à ressentir des perceptions

inhabituelles...ou bien très habituelles mais que vous n'aviez plus l'habitude de ressentir...peut-être le poids des vêtements sur la peau...ou bien le poids des pieds sur le sol...ou encore (vos bras sur les accoudoirs, vos mains l'une sur l'autre etc.)...et c'est tout à fait normal si au bout d'un moment, la perception du point que vous fixez change légèrement...et que vous le percevez plus flou...ou bien au contraire plus net...et les contours flous...et au bout d'un moment il est normal que les paupières clignent un peu plus souvent...et si à un moment ou l'autre vos yeux veulent se fermer ou en ressentent le besoin alors il faudra les laisser faire...peut-être qu'il est encore trop tôt pour vous pour fermer les yeux maintenant...certaines personnes peuvent tout aussi bien faire l'exercice les yeux ouverts...ou fermés...

Exercice principal séance 1

Vérifiez bien, pendant que votre respiration continue de fonctionner, que vous êtes bien assis, confortablement dans le fauteuil...vérifiez dans votre corps que la position est suffisamment confortable pour entrer en hypnose. Bien sûr vous pouvez changer de position n'importe quand au cours de la séance...Peu importe l'idée que vous vous faites de l'hypnose, nous allons juste prendre une pause... une pause pendant laquelle nous allons faire des exercices simples...le but n'est pas de dormir, mais au contraire de vous éveiller contre ce parasite qui s'est installé dans votre vie...
Et pendant que vos yeux se ferment (restent fixés sur ce point, et peu importe si l'envie leur prenait de se fermer)...vous pouvez vous rendre compte que vos sensations sont un peu différentes...ou peut-être floues...vous prêtez attention à votre corps et à toutes ces sensations qui existent et auxquelles d'habitude vous n'êtes pas attentif... vous sentez les terminaisons nerveuses du bout des doigts...la sensation des vêtements sur la peau...le poids de vos pieds sur le sol (de vos mains l'une sur l'autre/de vos bras sur les accoudoirs...)peut être une sensation d'engourdissement de pesanteur, mais qui ne vous empêche pas de ressentir de la légèreté...

Et parmi toutes ces parties du corps, nous allons attendre pour voir si une partie se détache...se désigne...comme étant celle qui à le plus souffert du tabac...une partie que vous n'avez pas assez écoutée mais qui est là...et voudrait peut-être s'exprimer...en vous faisant ressentir par exemple du dégout...voire de la nausée...peut-être une sensation dans l'estomac...peut-être à l'idée des poussieres du tabac sur la langue, les gencives, l'estomac et son acidité...des glaires entachées par le tabac... vous sentez que cette nausée existe en vous et que très facilement votre corps peut vous en inspirer...a chaque pensée...chaque odeur...chaque évocation...un sentiment naturel de dégout face à ce qui vous empoisonne...

C'est peut-être même comme une allergie qui pourrait provoquer des boutons, des éternuements, des grattements... un peu comme la toux, qui expulse ce qui est toxique, ce qui inquiète... vous n'êtes pas rassuré, inquiet...le corps souffre, montre le problème et la façon de le résoudre...
Peut-être que votre corps répond à cette allergie par une envie de laver la peau, les cheveux, les poumons...ou peut-être l'extérieur, les rideaux, les coussins, les vêtements...

Et vous pouvez sentir le contraste entre la difficulté le dégout que provoque le tabac quand il est près de vous et le soulagement quand il s'éloigne physiquement, quand il sort de l'espace...vous êtes à l'abri, hors de danger...vous sentez le contraste entre les deux sensations... le malaise et l'éloignement qui apaise...

Vous sentez comme votre corps est capable de relâchement, peut-être même de détachement...un engourdissement détaché de ces sensations... peut-être même une indifférence...votre corps refuse le conflit, s'éloigne, comme indifférent...déçu.. Vous sentez votre vulnérabilité et refusez d'être sollicité...vous refusez car vous n'en avez pas besoin...vous vous détachez avec indifférence...en restant de loin...avec une méfiance naturelle du corps... vous vous en éloignés pour être apaisé.. comme vous refuserez les commentaires, les avis, les sollicitations...

Peut-être êtes vous déçu d'avoir fait confiance de cette façon à ce dictateur qui à dirigé votre vie...qui vous à amené à ce déséquilibre...à négliger votre corps... et peut-être que vous ressentez à présent un équilibre... un peu comme quelqu'un qui aurait passé beaucoup de temps sur un pied...et finirait par en souffrir...dans sa jambe, dans son dos... comme il court un danger...comme il est mal... et vous pouvez imaginer ce soulagement de poser l'autre pied...de retrouver l'équilibre... vous pouvez imaginer le plaisir que l'on ressent...le corps montre que l'équilibre est quelque chose de confortable... qu'il est agréable d'être bien...

Vous avez maintenant une détermination calme et tranquille..qui vous laisse apaisé...une détermination que l'on peut lire sur votre visage et qui peut se transmettre... vous voulez fermement et tranquillement rester en équilibre.. vous avez résolu le problème car votre corps à trouvé les moyens pour s'en sortir... de s'en défendre, et peut-être pouvez-vous passer en revue ces moyens...peut-être le dégout ou bien l'indifférence, la méfiance, ...ou tout autre sensation dans votre corps qui vous aidera à chaque fois que vous en aurez besoin...ces sensations vont rester gravées, elles font partie de vous...vous les avez simplement retrouvées... vous ressentez une joie profonde...une joie profonde car cela répond a la demande de votre corps, de votre peau, de vos poumons...

Peut-être que ce changement se manifestera dans un changement...peut-être quelque chose qui se fera différemment...en vous ou sur vous...peut-être une envie de changer quelque chose chez vous...qui sera remarqué par d'autres, qui liront sur vous le changement...

Dans les temps qui viennent vous sentirez le corps se laver, se réparer, se désenflammer...vous retournerez vers les gestes appropriés, comme en convalescence...vous allez vers les fruits...les légumes, l'eau... vous sentez votre fragilité et attendez que le corps soit guéri...les forces vont revenir... vous pourrez éviter les personnes pénibles, les questions des curieux, les sollicitations... vous prendrez le tps de guérir dans un environnement le plus favorable possible...

Et quand vous sentirez que vous êtes prêt à refaire ces exercices à chaque fois que vous en aurez besoin...et à retrouver ces sensations à tout moment...et quand vous sentirez que ce sentiment d'apaisement peut vous suivre aujourd'hui...dans les heures et les jours qui viennent...après cette séance et jusqu'à notre prochaine rencontre...alors vous pourrez prendre le temps de revenir...et d'ouvrir les yeux en vous sentant parfaitement détendu et plein d'énergie...

Induction séance 2

Et alors que vous êtes assis sur ce fauteuil, je vais vous demander d'être attentif dans les prochaines minutes à ne rien faire, à ne faire aucun effort particulier pour vous détendre...vos yeux seront fermés ou bien ouverts et se fermeront mais vous n'avez aucun effort particulier à faire pour cela. Et alors que vous êtes là, assis sur ce fauteuil à ne rien faire je vous demande juste

d'observer...de constater que votre corps continue à fonctionner...votre respiration continue sans qu'on ait à s'en occuper...bien que vos yeux soient fermés vos yeux peuvent voir il y a de la lumière qui passe au travers des paupières et c'est tout à fait normal...vos oreilles entendent des sons comme celui de ma voix, mais peut-être uniquement une partie des mots mais peu importe puisque votre inconscient choisira ce dont il a besoin pour arriver à changer quelque chose...ou peut-être que vos oreilles entendent d'autres bruits extérieurs mais qui vous aident à entendre les bruits intérieurs...comme les battements du cœur ou les bruits de la respiration...votre nez continue à percevoir une odeur de cette pièce...votre langue continue à vous faire percevoir un goût qui vous est propre au niveau de la bouche...votre peau...bien que vous ne soyez absolument en train de ne rien faire et de ne faire aucun effort particulier pour vous détendre...ressent des sensations comme celle des vêtements sur la peau ou de(vos coudes sur les accoudoirs, jambes l'une sur l'autre etc..)

Exercice du point neutre émotionnel séance 2

"et pour vous permettre...d'acquérir un meilleur contrôle de vos émotions et vous permettre ainsi de faire face à des situations qui habituellement chez vous peuvent provoquer des comportements gênants ou intempestifs aussi bien pour vous que pour les autres, nous allons aujourd'hui faire un exercice...et pour cela vous allez penser à une situation désagréable pour vous, qu'elle soit personnelle ou professionnelle...et vous allez penser à cette situation en faisant venir toutes les sensations physiques ou morales que vous éprouvez dans cette situation et vous allez leur attribuer une couleur de votre choix ou celle qui se présentera qui va symboliser cette situation désagréable...(signaling) ...Voila, c'est très bien...

Et maintenant à l'inverse vous allez penser à une situation désagréable pour vous personnelle ou professionnelle, et vous allez penser à cette situation désagréable en faisant venir toutes les sensations physiques ou morales que vous éprouvez dans cette situation et vous leur attribuerez une couleur de votre choix qui va symboliser cette situation agréable...(signaling)...Voila c'est très bien.

Et maintenant vous allez passer de la situation désagréable à la situation agréable en faisant venir à chaque fois les sensations et les couleurs correspondant à chacune des deux situations, mais sans jamais vous arrêter, tranquillement et à votre propre rythme, un petit peu comme le balancier d'une pendule qui va d'un point à un autre sans jamais s'arrêter...

Et puis vous allez accélérer ce mouvement de va-et-vient entre les deux situations tout en continuant à faire venir les sensations et les couleurs correspondantes...Et au bout d'un petit moment, vous allez avoir l'impression que tout se mélange et tout s'embrouille...et qu'il va devenir de plus en plus difficile de distinguer ce qui est agréable et ce qui est désagréable...et de la même manière les deux couleurs vont se mélanger pour en créer une troisième...et nous appellerons ce mélange le Point Neutre Emotionnel...et ce point neutre va être symbolisé par la couleur issue du mélange des deux autres et même si cette couleur ne correspond pas au mélange chromatique habituel. Cela n'a pas d'importance car c'est votre esprit inconscient qui aura choisi cette couleur pour illustrer ce point neutre...

Un peu comme si dans une bouteille il y avait en bas de la bouteille la première couleur, et au dessus la deuxième, et qu'on avait tourné et retourné la bouteille de plus en plus vite jusqu'à ce que les couleurs se mélangent en formant exactement la couleur du point neutre émotionnel...

Et je vais vous laisser, quelques instants encore, pour bien trouver ce point neutre...et lorsque vous aurez trouvé ce point neutre vous allez bien le mémoriser avec ses sensations et sa couleur...et chaque fois que vous vous trouverez dans une situation difficile pour vous et susceptible de provoquer des comportements gênants, vous ferez venir au début d'une manière volontaire puis totalement involontaire les sensations et la couleur de ce point neutre émotionnel et ce piont neutre va agir pour vous comme un filtre entre vous et le monde, un peu comme un rideau qui vous protège des brulures du soleil par exemple, mais qui laisse passer une chaleur et une lumière agréable et douce...

Et vous ferez cet exercice le plus souvent chez vous ou ailleurs afin d'acquérir la maîtrise parfaite de ce point neutre émotionnel...et même si cet apprentissage peut vous paraître difficile aujourd'hui, c'est tout à fait normal, car tous les apprentissages sont difficiles au début. De la même manière que vous avez appris à marcher ou à lire et qu'aujourd'hui vous avez totalement oublié les difficultés pour ne retenir que le plaisir de vous promener ou de lire un livre qui vous détend...". Possibilité d'enchaîner avec un exercice de type safe place ou projection dans le futur)

Exercices alternatifs

Induction en se focalisant sur la respiration et imaginant qu'à chaque inspiration de l'oxygène, de la vie, de l'énergie entre, et qu'à chaque expiration, les problèmes, les difficultés sortent. Lévitation du bras dans un lieu sur avec des ballons accrochée au poignet, qui se gonflent de la fumée et des problèmes à chaque expiration. Le bras monte et on « libère » le ballon en coupant la ficelle. Le ballon s'envole et remercie pour la liberté rendue.

Exercice séance 3

Passer de la définition de l'objectif en terme émotionnel (« être moins stressé » « ne plus être obligé de fumer ») vers une sensation corporelle (« tension corporelle » « picotements dans les lèvres », contractures du dos »). Rechercher la sensation corporelle qui est encore gênante et empêche l'arrêt. Se focaliser sur cette sensation après une induction ordinaire. Définir comme objectif le changement de cette sensation (et non pas de l'émotion), puis poser toutes les 50 secondes environ la question de « qu'est-ce qui à changé maintenant ? », jusqu'à obtention d'un apaisement. Si rien ne change, suggérer le changement par des truismes « il y a toujours quelque chose qui évolue, car tout bouge et tout circule en nous »

« Il y a toujours quelque chose qui change...qu'est-ce qui a changé *maintenant* ? »

VU

NANCY, le **17 septembre 2009**
Le Président de Thèse

Professeur J.P. KAHN

NANCY, le **22 septembre 2009**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, **25 septembre 2009**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

Hypnose et arrêt du Tabagisme.

Aspects théoriques. Résultats d'une étude pilote. Elaboration d'un protocole d'étude.

RESUME DE LA THESE

Ce travail présente dans un premier temps les aspects théoriques de l'hypnose, pratique actuellement en plein essor : historique, principes pratiques, utilisations actuelles et voies de recherche en lien avec les neurosciences et la clinique. Des données épidémiologiques ainsi qu'une revue des moyens existant contre le tabagisme mettent en évidence la difficulté du sevrage, l'efficacité modeste des traitements et la nécessité d'un traitement global et adapté au patient pour cette addiction. L'auteur reprend les aspects théoriques qui feraient de l'hypnose un moyen intéressant pour le sevrage tabagique et fait une revue de la littérature existante sur le sujet. L'hypnose montre une efficacité en conditions observationnelles, mais des difficultés méthodologiques inhérentes à l'évaluation de cette méthode rendent les quelques essais existants moins unanimes. Il est montré l'importance que pourraient avoir des études observationnelles sur des patients bénéficiant de l'hypnose en traitement adjuvant pour le sevrage tabagique, pour décrire cette population et chercher des facteurs prédictifs d'efficacité dans le but d'en préciser les indications. La littérature étant pauvre sur la question, une étude pilote (10 patients) a été réalisée, afin d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un tel protocole et d'affiner les hypothèses de travail. Les méthodes utilisées s'appuient sur les données existantes, les approches empiriques et un modèle neurologique de cette addiction. Les résultats suggèrent entre autres : des difficultés importantes dans la reconnaissance d'émotions parmi cette population ; une action très particulière de l'hypnose sur l'angoisse puisqu'elle diminue non seulement l'état mais la perception subjective du trait anxieux ; et enfin l'importance de la pratique de l'autohypnose pour la réussite du traitement. Des hypothèses de travail sont discutées. Enfin, tenant compte des différents résultats, un protocole d'étude à plus grande échelle est proposé.

TITRE EN ANGLAIS

Hypnosis and smoking cessation.

Theoretical aspects. Results of a pilot experimental study. Elaboration of a study protocol .

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2009

MOTS CLEFS

Hypnose – Autohypnose – Tabagisme – Sevrage tabagique – Etude Observationnelle – Protocole d'étude- Anxiété – Emotions

---

Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex